

FÄLLE SOZIALMEDIZINISCHER BEGUTACHTUNG IM KRANKENHAUS UND BEI GERICHT

Eine Auswertung von Gutachten
des Zentralkrankenhauses Gauting und Urteilen
des Landessozialgerichts München

Martin Stübner

1982

Aus dem Zentralkrankenhaus Gauting der LVA Oberbayern
Ärztl. Direktor: Prof. Dr. med. H. Blaha

FÄLLE SOZIALMEDIZINISCHER BEGUTACHTUNG IM KRANKENHAUS
UND BEI GERICHT

Eine Auswertung von Gutachten des Zentralkrankenhauses
Gauting und Urteilen des Landessozialgerichts München

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Martin Stübner
aus Gräfelfing

Jahr
1982

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Blaha

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. Zöllner

Dekan: Prof. Dr. med. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 25.11.1982



DISSERTATIONS - UND FOTODRUCK FRANK GmbH
8000 München 2, Gabelsbergerstraße 15, Tel. 2809090

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. EINLEITUNG	1
II. GRUNDZÜGE DES SOZIALVERSICHERUNGSRECHTS	
1. Sozialrecht und Sozialgerichtsbarkeit	5
2. Minderung der Erwerbsfähigkeit, Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit	9
3. Zusammenhangsfragen	12
III. JURISTISCHES UND MEDIZINISCHES DENKEN	15
IV. MEDIZINISCHE BEGUTACHTUNG	21
V. EIGENE UNTERSUCHUNGEN	
Material und Methoden	25
A AUSWERTUNG DER GUTACHTEN AUS DEM ZKH GAUTING	
1. Allgemeiner Überblick	29
2. Die Begutachtung der Tuberkulose	40
3. Die Begutachtung der Silikose	45
4. Die Begutachtung der Farmerlunge	49
B AUSWERTUNG DER URTEILE AUS DEM LANDESSOZIALGERICHT MÜNCHEN	
1. Urteile aus der Kammer für Unfallversicherungsrecht	51
2. Urteile aus den Kammern für Rentenversicherungsrecht	58

VI. DISKUSSION

1. Allgemeiner Überblick	64
2. Die Begutachtung der Tuberkulose	66
3. Die Begutachtung der Silikose	73
4. Die Begutachtung der Farmerlunge	77
5. Die Urteile des Landessozialgerichts München	80

VII. ZUSAMMENFASSUNG

90

VIII. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

96

IX. LITERATURVERZEICHNIS

97

LEBENS LAUF

I. EINLEITUNG

"Der Arzt ist ein Künstler, der doch, weil seine Kunst... von einer Wissenschaft der Natur abgeleitet werden muß, Gelehrter sein muß."

Mit diesem Zitat von Kant formuliert C u r t i u s (9) seine und, wie er ausführt, auch die Auffassung aller bedeutenden Ärzte vom Wesen der Medizin, deren Berufsausübung von einem guten Arzt Naturkenntnis, Menschenkenntnis und Kunstfertigkeit erfordere. Die Medizin sei eine Erfahrungswissenschaft und wie die Jurisprudenz auch eine "pragmatische Wissenschaft", die den gleichen Denkregeln wie jede reine, allein der Erkenntnis dienenden Wissenschaft unterworfen ist und sich nicht auf mehr oder weniger subjektive "Erfahrungen" und Meinungen verlassen darf.

Trotz diesen hohen Anforderungen an die Ausübung des medizinischen Berufes, wird der Mediziner in seiner Eigenschaft als gerichtlicher Sachverständiger in der Rechtsprechung und der Literatur von Seiten der Juristen auch heute noch manchmal als "Gehilfe des Richters" bezeichnet.

Solch schiefe Formulierungen können nur allzu leicht zu Mißverständnissen führen, die dann eine effiziente Zusammenarbeit von Juristen und Medizinern belasten.

Als ausgebildeten Juristen und Mediziner war es deshalb für den Verfasser dieser Arbeit eine interessante Aufgabe, sich mit jenen Schnittpunkten zu beschäftigen, die auf diesen Fachgebieten interdisziplinär aufgezeigt werden. Schnittpunkte, an denen sich nicht nur zwei ver-

schiedene Wissensgebiete treffen, sondern an denen diese Bereiche auf gegenseitige Impulse und Hilfe angewiesen sind.

Durch die Möglichkeit, einerseits im Zentralkrankenhaus Gauting Einsicht in die dort angefertigten und archivierten Begutachtungsfälle zu erlangen und andererseits im Landessozialgericht München Berufungsurteile auswerten zu können, haben sich Umfang, aber auch Grenzen für diese Dissertation aus dem untersuchten Material von selbst ergeben.

Anhand der bearbeiteten Begutachtungsfälle und der Berufungsurteile soll die Arbeit des Mediziners im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Begutachtung in ihrer Bedeutung, als auch in ihrer Problematik für die juristische Entscheidungsfindung auf dem Gebiete des gerichtlichen Urteils und des sozialrechtlichen Verwaltungshandelns aufgezeigt werden.

Es gehörte deshalb nicht zur Aufgabe des Verfassers, die untersuchten Gutachten und Urteile nach qualitativen Maßstäben zu werten.

Vielmehr wurde versucht, sozialmedizinische Faktoren einzelner Krankheitsbilder aufzuzeigen und die juristische Entscheidungsfindung mit ihren mannigfaltigen Entscheidungsfaktoren, unter besonderer Berücksichtigung des medizinischen Gutachtens, für den Mediziner transparenter zu machen. So kann der verantwortliche Gutachter die Bedeutung seiner Tätigkeit für die juristische Entscheidung und die damit verbundene konkrete Einzelfallregelung erkennen und sich der Tragweite seiner Aufgabe bewußt werden.

Die Auswertung eines vollständigen Jahrgangs von Patientengutachten, hier der des Jahres 1978 im Zentralkrankenhaus Gauting, soll es dem medizinischen Gutachter ermöglichen, über die Isoliertheit seiner bearbeiteten Einzelfälle hinaus einen generalisierenden Überblick über das gesamte Kollektiv zu erhalten.

Dadurch soll nicht etwa der Versuch unternommen werden, die individuelle Begutachtung von einzelnen Fällen verallgemeinern zu wollen, vielmehr wurde beabsichtigt, dadurch die einzelne Bedeutung eines jeden Gutachtens im Gesamtkontext herauszustellen.

Gerade für den jungen, in der Begutachtung noch nicht so erfahrenen Mediziner, ist es für das Verständnis der ihm gestellten Aufgaben von großer Bedeutung, nicht nur die spezielle medizinische Fachfrage bewältigen zu wollen, sondern den Begutachtungsfall sowohl im System der Sozialversicherung einordnen zu können als auch den juristischen Erfordernissen, wie sie sich zum Beispiel bei Zusammenhangsfragen stellen, gewachsen zu sein.

Dem medizinisch völlig unausgebildeten Juristen, von dem erwartet wird, verschiedene Gutachten gegeneinander abwägen zu können, und der diese Aufgabe rein autodidaktisch angehen muß, könnte der Überblick über ein gesamtes Kollektiv dazu verhelfen, gleich gelagerte Fälle im Einzelfall auch gleich und damit gerecht zu beurteilen.

Ohne die Trennung von medizinischem und juristischem Aufgabengebiet aufheben zu wollen, muß es dennoch eine Verpflichtung für den jeweiligen Berufsstand sein, sich auch über seine Grenzen hinaus mit den Problemen des anderen zu beschäftigen, da nur durch das Verständnis der anderen Probleme auch die eigenen Aufgaben bewältigt werden können.

Verständnis erfordert aber nicht nur guten Willen, sondern setzt vielmehr eine intensive Auseinandersetzung mit dem anderen Fachgebiet voraus, um sich die notwendigen Grundkenntnisse in Systematik, Terminologie und Begriffsdifferenzierung anzueignen.

Auf diesem Gebiet sehe ich einige Möglichkeiten der vorgelegten Arbeit, wenn sie diesbezüglich auch nicht der umfangreichen Problemstellung gerecht werden und sich nur auf einige Punkte konzentrieren kann.

Der einleitende Teil der Arbeit wird sich deshalb mit den Grundzügen des Sozialversicherungsrechtes insoweit befassen, als es dem Verfasser für die rechtliche Standortbestimmung seiner eigenen Untersuchungen unerlässlich erschien. Die umfangreiche Darstellung des Sozialversicherungsrechts muß juristischen Fachbüchern vorbehalten bleiben.

Auch der Abschnitt über die medizinische Begutachtung kann nur Schwerpunkte für die spätere Diskussion der untersuchten Gutachten setzen.

II. GRUNDZÜGE DES SOZIALVERSICHERUNGSRECHTS

1. Sozialrecht und Sozialgerichtsbarkeit

Die sozialmedizinische Begutachtung ist für den betreffenden Mediziner, neben seiner fachlichen Qualifikation, untrennbar mit einem fundierten Wissen über die Rechtssystematik des Sozialrechts und dem Teilgebiet der sozialen Sicherung verbunden.

Was der Unbefangene als selbstverständlich voraussetzen wird, erweist sich in der Praxis oft als Problem, kommt doch selbst der junge Jurist im Rahmen seiner gesamten Ausbildung nur in Ausnahmefällen mit dem Sozialversicherungsrecht in Berührung.

Welcher Wissensstand darf dann erst von einem jungen Mediziner erwartet werden?

Ich halte es deshalb im Hinblick für meine späteren Ausführungen für unerlässlich, an dieser Stelle zuerst einige Schwerpunkte des Sozialrechts aufzuzeigen.

Sozialrecht wird von B l e y (5) das "Recht des Ausgleichs individueller Güterdifferenzen durch transitive Leistungen eines Trägers öffentlicher Verwaltung" beschrieben.

Es handelt sich um "individuelle Güterdifferenzen", wie sie bei dem Einzelnen zum Beispiel vor und nach einer Krankheit entstehen können.

Obwohl nicht als Grundrecht für den einzelnen Bürger normiert, ist das Sozialstaatsprinzip in den Art. 20 I, 28 I GG als verfassungsrechtlicher Gestaltungsauftrag im Grundgesetz fest verankert, da es auch dem Änderungsverbot des Art. 79 Abs. 3 GG unterliegt.

Dieser Auftrag des Sozialstaatsprinzipes wird in § 1 SGB zweistufig konkretisiert, indem das Sozialrecht

- zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit dient
- und besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen versucht.

Der so im SGB normierte Auftrag war nicht immer in dieser Form unumstritten, umfaßt er nicht nur den Schutz des Einzelnen gegenüber den Folgen typischer Lebensrisiken, sondern enthält er auch den Anspruch nach einer gerechten Gesellschaftsordnung zu streben (B l e y, 5).

Die für diese Arbeit bedeutsamen Gebiete der Rentenversicherung (RV), der Unfallversicherung (UV) und der Krankenversicherung (KV) sind Bestandteil des Sozialversicherungsrechts und somit Teilgebiet des Sozialrechts.

Der Sozialversicherung liegt die Verpflichtung des Staates zugrunde, den veränderten wirtschaftlichen und sozialen Strukturveränderungen Rechnung tragen und die persönliche Sicherheit des heute nicht mehr bestehenden festen Familienverbundes ersetzen zu müssen. Eine Sicherung des eigenen Lebensabends durch Eigentumsbeschaffung ist heute nur noch in Ausnahmefällen möglich.

RV, UV und die KV haben ihre gesetzliche Grundlage in der Reichsversicherungsordnung (RVO) und gehören zum öffentlichen Recht, welches das Verhältnis des Einzelnen zum Staat und den übrigen Trägern öffentlicher Gewalt regelt. Eine Einteilung, die für den Versicherten bei der Durchsetzung seiner Rechtsansprüche von großer Bedeutung ist. Wesensmerkmal des öffentlichen Rechts ist die Unterord-

nung des Einzelnen unter die Hoheitsgewalt des Staates, während im Privatrecht die beteiligten Parteien gleichgeordnet sind.

Beispielhaft für das Unterordnungsverhältnis ist das Merkmal des Versicherungszwanges, der in vielen Bereichen des Sozialversicherungsrechts herrscht, um möglichst alle in Betracht kommende Bevölkerungsteile der Versicherung zzuführen zu können.

Die Durchführung der Versicherungsangelegenheiten obliegt öffentlich-rechtlichen Körperschaften, den "Versicherungsträgern". Diese sind bei der RV die Versicherungsanstalten, bei der UV die Berufsgenossenschaften und bei der KV die Krankenkassen.

Die Krankenversicherung ist im II. Buch der RVO behandelt und greift bei Krankheit und vorübergehender Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten und Unfällen in und außerhalb der Betriebe ein.

Die Unfallversicherung ist im III. Buch der RVO normiert und hat die Aufgabe, Arbeitsunfälle zu verhüten und nach dem Eintritt eines Unfalles den Verletzten, seinen Angehörigen und seinen Hinterbliebenen durch Förderungsmaßnahmen und Geldleistungen zu entschädigen (§ 537 RVO).

Bei der Rentenversicherung ist die getrennte Normierung der Versicherung für Arbeiter im IV. Buch der RVO und die der Angestellten im AVG zu beachten.

Beide Versicherungen bezwecken die Alters- und Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversorgung von Arbeitern und Angestellten und die Versorgung der Hinterbliebenen zu gewährleisten. Träger der Arbeiter-RV sind die Landesver-

sicherungsanstalten, bei den Angestellten die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte.

Für Rechtsstreitigkeiten im Bereich der Sozialversicherung wurden gemäß dem Grundsatz der Gewaltenteilung durch das Sozialgerichtsgesetz (SGG) von den Verwaltungsbehörden getrennte, unabhängige Gerichte geschaffen.

Die Sozialgerichte sind dreistufig aufgebaut. Um die Gerichte aber nicht zu überlasten, wurde ein Vorverfahren, ein sogenanntes Widerspruchsverfahren vorgeschaltet. Will ein Versicherungsnehmer gegen eine Entscheidung des Versicherungsträgers gerichtlich vorgehen, so ist ihm dies erst dann möglich, wenn sein auf dem Verwaltungswege eingelegter Widerspruch vom Versicherungsträger abgewiesen worden ist.

Die Klage ist dann bei dem zuständigen Sozialgericht einzulegen, wo von einem Berufsrichter und zwei ehrenamtlichen Richtern die Streitsache entschieden wird.

Die Landessozialgerichte entscheiden im zweiten Rechtszug über Berufungen gegen Urteile und Beschwerden gegen andere Entscheidungen der Sozialgerichte (§ 29 SGG).

Hier entscheidet der Senat, bestehend aus drei Berufsrichtern und zwei ehrenamtlichen Richtern.

Wird in einem Berufungsurteil die Revision zugelassen, hat als letzte Instanz das Bundessozialgericht zu entscheiden. Auch hier entscheidet ein Senat mit drei Berufs- und zwei ehrenamtlichen Richtern. Ein "Großer Senat" sorgt für die Einheitlichkeit in der Sozialrechtsprechung.

Bei allen Sozialgerichten herrscht das "Amtsprinzip", das Gericht hat daher über den Vortrag der Parteien hinaus den Sachverhalt von Amts wegen zu prüfen und ist nicht an Beweisanträge der Parteien gebunden.

2. Minderung der Erwerbsfähigkeit, Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit

Im Mittelpunkt des Sozialrechts und auch der vorliegenden Arbeit steht die Frage, ob der Versicherte eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), eine Berufsunfähigkeit (BU) oder eine Erwerbsunfähigkeit (EU) erlitten hat.

Im Rahmen der UV hat der Verletzte dann einen Anspruch auf eine Rente, wenn die entschädigungspflichtige MdE über die 13. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus andauert (§ 580 Abs. 1 RVO).

Zu entschädigen ist eine MdE

- die der Versicherungsfall (und seine gesundheitlichen Auswirkungen : die Unfallfolgen oder die Folgen einer Berufskrankheit) im Sinne der Kausalitätsnorm der UV verursacht hat
- und die in der Regel wenigstens 20% beträgt.

Die MdE wird dabei abstrakt gemessen: Maßstab ist also nicht, ob der Verletzte tatsächlich eine Einkommenseinbuße erlitten hat. Nicht selten verrichtet er seine früher ausgeübte Beschäftigung weiter und kann auch noch beruflich aufsteigen. Andererseits sind die Verletzten auf den Gesamtbereich des Erwerbslebens zu verweisen (M a r x, 19).

Das BSG hat dies in seinen Urteilen konkretisiert.

BSGE 1; 178:

"Der Grad der MdE ist grundsätzlich nach dem Umfang der verbleibenden Arbeitsmöglichkeit auf dem gesamten Erwerbsleben zu beurteilen. Dabei ist eine Berücksichtigung des Einzelfalles, der allgemeinen Lebensverhältnisse und der sozialen und wirtschaftlichen Gegebenheiten vorzunehmen."

BSG-Urteil vom 18.5.1976:

"Der Begriff MdE bezieht sich nicht nur auf die Auswirkungen einer Behinderung im allgemeinen Erwerbsleben. Die MdE ist ein Maß für die Auswirkungen eines Mangels an funktioneller Intaktheit, also für einen Mangel an körperlichen, geistigen oder seelischen Vermögen."

Beträgt die MdE-Höhe weniger als 20%, so entsteht grundsätzlich kein Entschädigungsanspruch, es sei denn, die Hundertsätze mehrerer vorangegangener Arbeitsunfälle erreichen zusammen diese Grenze (§ 581 Abs. 3 RVO).

Nach den vier Urteilen des BSG vom 15.4.79 und dem Urteil vom 7.11.79 darf die Gesamtbehinderung durch mehrere Vorschäden aber nicht mehr rechnerisch ermittelt werden. Entsprechende mathematische Formeln (z.B. die früher angewandte "Lohmüller-Formel") sind nun obsolet und werden vom BSG jetzt als "untaugliche Instrumente" bezeichnet. Die Feststellung der MdE-Höhe hat in diesen Fällen durch "eine Gesamtschau aller Behinderungselemente unter Betrachtung ihrer wechselseitigen Beziehung zueinander und den persönlichen Verhältnissen" zu erfolgen (R a u s c h e l - b a c h, 26).

In der Rentenversicherung haben die Renten eine Lohnersatzfunktion und sollen einen Ausgleich dafür schaffen, daß aus gesundheitlichen Gründen die Fähigkeit, durch Arbeit Lohn zu verdienen, herabgesunken oder weggefallen ist. Es ist zwischen den Tatbeständen der BU und der EU zu unterscheiden.

Die §§ 1247 RVO, 24 AVG definieren die EU:

"Erwerbsunfähig ist der Versicherte, der infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder von Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf nicht absehbare Zeit eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßig-

keit nicht mehr ausüben oder nicht mehr als nur geringfügige Einkünfte durch Erwerbstätigkeit erzielen kann."

Die BU ist gemäß § 1246 Abs. 2 RVO, § 23 AVG:

"eine Minderung der Erwerbsfähigkeit spezieller Art, die dann vorliegt, wenn die Erwerbsfähigkeit des Versicherten infolge von Krankheit oder anderen körperlichen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte, auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist."

An dieser Stelle muß die Beurteilung der BU und der EU durch den Beschluß des Großen Senats des BSG vom 10.12.76 erwähnt werden:

danach muß eine konkrete, also auf die Gegebenheiten des Arbeitsmarktes ausgerichtete Betrachtungsweise bei der Beurteilung über das Vorliegen der BU vorgenommen werden. Es erfolgt dadurch eine problematische Abwälzung der Risiken der Arbeitslosenversicherung auf die Rentenversicherungen, da Versicherte, denen aufgrund ihres Gesundheitszustandes nur noch Teilzeitarbeit zugemutet werden kann, bei Nichtvermittlung eines Arbeitsplatzes innerhalb eines Jahres rückwirkend als erwerbsunfähig anzusehen sind.

3. Zusammenhangsfragen

Im allgemeinen sieht sich der Gutachter bei seiner Tätigkeit auch vor Fragen des ursächlichen Zusammenhanges zwischen einem Ereignis und dem Gesundheitsschaden gestellt. Dabei haben Jurist und Mediziner von der Ursache im naturwissenschaftlichen-philosophischen Sinne auszugehen, von der "conditio sine qua non". Danach ist Ursache jeder Umstand, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne daß damit der Erfolg entfielen.

Diese strenge Bedingungstheorie, auch Äquivalenztheorie genannt, gilt für die Vorschriften des Strafrechts, ist aber auf dem Gebiet des Sozialrechts nicht anzuwenden. Die Anforderungen an den beweispflichtigen Versicherten wären zu groß und mithin die sozialpolitischen Zielsetzungen des Sozialrechts vereitelt (S c h w e r d, 35). Es genügt deshalb für die Leistungspflicht des Versicherungsträgers, wenn ein Zusammenhang zwischen schädigendem Ereignis und Körperschaden wahrscheinlich gemacht werden kann. Die Annahme eines Zusammenhanges ist dann berechtigt, wenn mehr Argumente dafür als dagegen sprechen.

Um einer Ausuferung der Ansprüche vorzubeugen, hat das BSG allerdings in seiner Entscheidung vom 10.6.1955 (BSGE 1; 72) betont, daß als Ursachen und Mitursachen unter Abwägung ihres verschiedenen Wertes nur die Bedingungen anzusehen sind, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolge zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben.

Unter konkurrierenden Bedingungen ist also die wesentliche Bedingung auszuwählen. Nur wenn der Unfall wesentliche Bedingung war, ist ein Kausalzusammenhang im Sinne des Sozialrechts anzunehmen.

Nur wenige Fälle, in denen ein Sachverständigengutachten erforderlich ist, lassen sich mit einem klaren "ja" oder "nein" beantworten.

Für die breite Zone von Möglichkeiten sind deshalb fünf Stufen von Wahrscheinlichkeitsgraden anerkannt, wie S c h w e r d (35) sie aufführt:

- 1) Der höchste Wahrscheinlichkeitsgrad ist die "an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit", die einem prozentualen Wert von 99,8% entspricht.
- 2) Wahrscheinlichkeit ist gegeben, wenn in mehr als 50% der Fälle mit einer richtigen Entscheidung gerechnet werden kann. Sie gilt für den Bereich des Sozialrechts.
- 3) Bei der Unentschiedenheit halten sich die Gründe dafür und dagegen die Waage (50% zu 50%). Die Unentschiedenheit würde für eine Kausalität im Sozialrecht nicht mehr ausreichen.
- 4) Unwahrscheinlichkeit liegt vor, wenn mehr Argumente dagegen als dafür sprechen.
- 5) Der geringste Wahrscheinlichkeitsgrad liegt vor, wenn der Sachverhalt zwar theoretisch noch möglich ist, eindeutige Gründe aber so dagegen sprechen, daß er "mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit" ausgeschlossen werden kann.

Auf dem Rechtsgebiet der UV ist für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls ein doppelter Kausalzusammenhang zu beachten.

Zum einen muß hier zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfallereignis der sogenannte haftungsbegründende und zum anderen zwischen dem Schadensereignis und der Schädigung der haftungsausfüllende Kausalzusammenhang bestehen (S c h i m a n s k i, 31).

Es gilt also zu prüfen, ob der Unfall während der Ausübung einer versicherten Tätigkeit geschehen ist, wie dies zum Beispiel bei Wegeunfällen oft zur Diskussion steht. Bejaht man hier die Kausalität, muß die Frage gestellt werden, ob das Unfallgeschehen auch die Gesundheitsstörung verursacht hat.

Diese differenzierte Betrachtung des Kausalzusammenhanges im Unfallversicherungsrecht hat gerade bei der Begutachtung von Infektionskrankheiten wie der Tuberkulose eine große Bedeutung. Wie wir später in den Untersuchungen sehen werden, scheitern diesbezügliche Ansprüche oft an der nicht zu klärenden haftungsbegründenden Kausalität.

III. JURISTISCHES UND MEDIZINISCHES DENKEN

"Als Berater der Juristen wirken nicht selten Mediziner, denen Grundkenntnisse auf sozialjuristischem Gebiet niemals vermittelt worden sind, die auch kaum von sich behaupten können, die Regeln der sozialmedizinischen Begutachtungskunde zu beherrschen. Auf der anderen Seite stehen Juristen, die sich mit den Eigenarten der medizinischen Denkweise kaum einmal ernsthaft befaßt haben."

Diese Feststellung von H e n n i e s (15) hat für die heutige Form der Ausbildung von jungen Juristen und Medizineren noch ihre grundsätzliche Bedeutung.

Der junge Jurist wird während seines gesamten Studiums und seiner Referendarausbildung weder auf dem Gebiet der Rechtsmedizin noch dem des Sozialrechts geprüft.

Es kann davon ausgegangen werden, daß zum Zeitpunkt seines zweiten Staatsexamens kaum ein Jurist sich je mit dem Sozialrecht und den Vorschriften der Sozialgerichtsbarkeit befaßt hat, es sei denn, er gehört zu den wenigen, die sich dieses Gebiet als Wahlfach genommen haben.

Nur zu einfach könnte sich der Mediziner durch diese Tatsache für seine fehlenden Kenntnisse zu exkulpieren versuchen. Es muß aber betont werden, daß nach der neuen Ausbildungsordnung der junge Mediziner im zweiten Staatsexamen nach den Grundzügen des Sozialrechts geprüft wird, also einen rechtlichen Wissensvorsprung gegenüber den Juristen hat. Wieviel von diesem kleinen Prüfungsgebiet bei der Fülle der anderen, für einen Mediziner vorrangigeren Prüfungsgegenstände in der späteren Praxis noch präsent sein wird, bedarf keiner Ausführungen.

Die Ausbildung zum Arzt zielt auf Helfen und Heilen. Der Mediziner weiß von den ständigen und schnellen Fortschritten der medizinischen Wissenschaft und richtet seine Entscheidungen auf die Zukunft und den zu erwartenden Erfolg aus (R a u s c h e l b a c h, 25).

Für den Mediziner gibt es keinen status quo, denn zur Maxime seiner Berufsausübung zählt die ständige Fortbildung, die stete Konfrontation mit neuen Erkenntnissen. Eine kritische Würdigung und Kontrolle des medizinischen Handelns war dadurch erschwert und fand oft nur innerdisziplinär statt. Diese Tatsache entzog den Mediziner bis vor kurzem nahezu jeglicher kritischer Angriffsmöglichkeiten von Außenstehenden und Betroffenen. Die fortschreitende Spezialisierung, die ungeahnten Möglichkeiten technischer Datengewinnung und Diagnosemöglichkeiten und nicht zuletzt die Rechtsprechung (z.B. das Einsichtsrecht des Patienten in die zu führenden Behandlungsunterlagen, BGH, Urt. v. 27.6.78) haben diesen ehemaligen Freiraum des Mediziners zu einer steten Kontrolle ärztlichen Handelns verändert.

Der Jurist stand bei seiner Berufsausübung schon immer unter ständiger Kontrolle. Ob als Rechtsanwalt, der sich mit dem Kollegen der Gegenpartei auseinanderzusetzen hat, ob als Verwaltungsjurist, der durch die Rechtsinstanzen die Kontrolle seiner Arbeit erfährt oder als Richter, dessen Urteile dem nächst höheren Gericht vorgelegt werden können. Dem Juristen bleibt kein großer Spielraum für "progressive" Entfaltungsmöglichkeiten, muß er sich doch mit gültigen, in der Vergangenheit erlassenen Gesetzen befassen.

Dieses konservative Element hat auch R a i s e r (24) bei dem Sozialprofil des Juristen herausgearbeitet. Knapp

50% der Richter kommen danach aus Beamtenfamilien, nur 5,7% aus Handwerker- und Arbeiterfamilien; der Beruf wird als urbaner Beruf bezeichnet, da die Juristen eine auffallend geringe räumliche Mobilität aufweisen; die Jurastudenten identifizieren sich nach der Untersuchung von Raiser stark mit Berufszielen, die Sicherheit, Einfluß und Sozialprestige versprechen und tendieren auch in ihrer politischen Haltung eher in eine konservative Richtung.

Aber auch der Mediziner weist neben seiner progressiven Arbeitsweise bei seiner Berufsdarstellung eine konservative Komponente auf. Ihm obliegt die Verwaltung des Gutes "Gesundheit", dem Zentralwert jeder Gesellschaft. Dies verhalf dem Mediziner zu einer privilegierten Stellung in allen Gesellschaftsordnungen, die er auch nach außen hin durch ein ausgeprägtes Standesbewußtsein zu verteidigen wußte. R i t t e r - R ö h r (27) erinnert daran, daß die "Berufsvererbung" quasi im hippokratischen Eid vorge-schrieben ist, und deshalb schon in der Antike die meisten Ärzte aus Arztfamilien hervorgingen, wie auch noch 1976 von einem Viertel der deutschen Medizinstudenten mindestens ein Elternteil im Arztberuf tätig war.

Unterschiede, wie sie die Soziologen anhand der Sozialprofile beider Berufe glauben aufzeigen zu können, treten bei Jurist und Mediziner aber deutlich in der Methodik ihrer unterschiedlichen Denkansätze auf.

Der Jurist muß sich für jede Entscheidung, die er fällt, auf einen Rechtssatz berufen können. Alle rechtlichen Untersuchungen müssen deshalb mit der Frage nach der Anspruchsgrundlage beginnen.

Betonte man zur Zeit des Rechtspositivismus eher die verstandesmäßige Seite, indem die Entscheidung aus dem Ge-

setz abgeleitet, aus ihm erschlossen werden mußte, so gilt für unsere Zeit, daß die Entscheidung dann überzeugend ist, wenn sie folgerichtig aus dem Gesetz abgeleitet und als gerecht empfunden wird.

Die Richtigkeitslehre des Denkens erfordert für eine folgerichtige Ableitung nach S c h n e i d e r (33) drei Glieder:

Obersatz ist das Gesetz

Untersatz ist der dem Juristen bekannte Sachverhalt

Schlußsatz ist die durch den Vergleich der Vordersätze gefundene Entscheidung.

Der Rechtsanwendungsvorgang wird im Schrifttum als logischer Schluß vom "Modus Barabara" aufgefaßt (E n g i s c h, 11). Dieser Schluß hat folgende Struktur:

symbolisch

M a P

S a M

S a P

anschaulich

Alle Menschen sind sterblich

Fritz Huber ist ein Mensch

Also ist Fritz Huber sterblich

Als Vorarbeiten für diesen logischen Schluß sind notwendig:

- a) Der Obersatz muß zunächst auf seine Tragweite ausgedeutet werden (Problem der Gesetzesauslegung).
- b) Der Untersatz muß zunächst einmal geschaffen werden (Problem der sogenannten Einzelbegriffssubsumtion).

Der Obersatz ist die Rechtsnorm, die aus Tatbestand und Rechtsfolge zusammengesetzt ist. Erst nach der Begriffsbestimmung oder gegebenenfalls der Auslegung dieses Tatbestandes kann die Einzelbegriffssubsumtion erfolgen. Nach dieser Subsumtion liegt eine bejahende oder verneinende

Schlußfolgerung bezüglich der konkreten Rechtsfolge vor.

Dieser Denkvorgang muß bei jeder juristischen Entscheidung vollzogen werden, würde allerdings bei einer schematischen Anwendung zum Rechtspositivismus führen. Die Entscheidung muß deshalb auch gerecht sein. Gerechtigkeit ist aber ein Wert, der sprachlich nicht abgrenzbar und nicht definierbar ist. Der Jurist kann deshalb mit seiner Entscheidung nur dann überzeugen, wenn sie auch vom Rechtsgefühl, der moralischen Urteilskraft getragen wird (S c h n e i d e r, 33).

Geht das Denken des Juristen also vom allgemeinen zum konkreten, vom abstrakten Gesetz zum konkreten Fall (deduktives Denken) aus, so bedient sich der Mediziner einer induktiven Methode, indem er einzelne Krankheitssymptome seines Patienten zu einer Diagnose verarbeitet, um dann die wirkungsvollste Therapie entwickeln zu können (Marx, 19).

In der Literatur sind die Unterschiede beider Denkweisen öfters am Krankheitsbegriff verdeutlicht worden (Hennies; Leyendecker;).

Der Mediziner wird unter Krankheit überwiegend jede Störung der körperlichen und geistigen Gesundheit, also Abweichungen von der Norm ansehen, die geeignet sind, das Wohlbefinden des Menschen zu stören (L e y e n d e c k e r, 18). S c h a e f e r - B l o h m k e (30) unterscheiden zwei verschiedene logische Bedeutungen des Begriffes "Krankheit".

Von "speziellen Krankheitsbegriff" wird dann gesprochen, wenn sich eine individuelle Erkrankung mittels einer Diagnose gegenüber anderen Erkrankungen abgrenzen läßt, der Patient also an einer bestimmten Krankheit leidet. Der "allgemeine Krankheitsbegriff" bezeichnet den Zustand eines Patienten, der ihn generell vom Gesunden unterscheidet und wird dann verwendet, wenn die rechtliche und soziale

Lage eines Patienten umschrieben werden soll.

Mit diesem Begriff hat auch der Jurist zu arbeiten, da Diagnosen selten zu einem gesetzlichen Tatbestand gehören. "Den Jurist interessiert nicht, was der Patient im einzelnen für Leiden aufweist, weil es für ihn eigentlich nur eine Diagnose gibt: 'Krankheit'" (H e n n i e s, 15). Nach L e y e n d e c k e r (18) zeichnet sich die medizinische Begriffserfassung durch eine Hervorhebung der Qualität aus, während bei der rechtlichen Definition das Moment des Quantitiven stärker durchschlägt und damit das Augenmerk mehr auf die gradmäßige Ausprägung der zu beurteilenden Zustandbilder gerichtet ist.

Unter welche "Obersätze", sprich Rechtsnormen (s.S. 18), hat der Jurist z.B. den Einzelfall eines Rentenantrages zu subsumieren?

Im Sozialversicherungsrecht wird "Krankheit" nach allgemeiner, herkömmlicher Definition des BSG als "regelwidriger Körper- und Geisteszustand" verstanden. In der Krankenversicherung muß durch diesen Zustand eine "Arbeitsunfähigkeit" bewirkt, in der Rentenversicherung die "Erwerbsunfähigkeit" bedroht oder beeinträchtigt worden sein.

Diese Rechtsnormelemente, auch Tatbestandsmerkmale genannt, hat der Jurist in ihrer begrifflichen Bedeutung zu erfassen, was durch Definition seitens der Rechtsprechung geschehen kann, oder auf dem Wege der Sinnermittlung auszulegen; erst danach darf er den zu beurteilenden Sachverhalt unter das jeweilige Gesetz subsumieren.

An dieser Stelle wird deutlich, daß für die juristische Entscheidung, auch wenn es um "Krankheit" geht, nicht nur die medizinische Begutachtung von Bedeutung ist. Gerade der Umfang von Begriffen wie "Erwerbsunfähigkeit" und "Berufsunfähigkeit" weist neben medizinischen Komponenten z.B. auch wirtschaftliche und finanzielle Merkmale auf, die es bei der Entscheidung zu berücksichtigen gilt.

IV. MEDIZINISCHE BEGUTACHTUNG

Ob im Verwaltungsverfahren oder vor Gericht, die medizinische Begutachtung bildet immer einen Schnittpunkt von juristischem und medizinischem Handeln.

Welch festen Platz die Medizin als Hilfswissenschaft bei der juristischen Berufstätigkeit hat, und wie wichtig sie für die juristische Entscheidung ist, geht am Beispiel der Sozialgerichtsbarkeit durch die Untersuchung von W i l d e (41) hervor.

Danach haben beide Tatsacheninstanzen der Sozialgerichtsbarkeit in etwa der Hälfte der Verfahren mit medizinischen Sachverständigen zu tun, eine Zahl, die sich auch durch meine späteren Untersuchungen bestätigen wird.

Selbstverständlich bedeutet die Gutachtertätigkeit auch einen immensen Kostenfaktor. So wurden nach W i l d e (41) im Jahre 1977 im Land Niedersachsen rund 25% der für die Sozialgerichtsbarkeit insgesamt zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel für die Einholung von Gutachten verbraucht.

Diese Zahlen verdeutlichen auch die Verantwortung, die der Jurist bei der Vergabe und der medizinische Sachverständige bei der Übernahme eines Gutachtauftrages übernehmen und erklären den großen Umfang an Veröffentlichungen, mit welchem sich die Literatur dieser speziellen Thematik und Problematik angenommen hat.

Dabei fiel dem Bearbeiter dieser Arbeit auf, daß sich diese Veröffentlichungen über eine große Anzahl von Zeitschriften und Fachbücher verteilen und so dem um eigene Fortbildung bemühten Mediziner den fachlichen Zugang erschwe-

ren. Dies bezieht sich insbesondere auf juristische Fachzeitschriften, die in medizinischen Bibliotheken so gut wie überhaupt nicht aufgelegt werden.

Wenn diese interdisziplinäre Zusammenarbeit auch in Zukunft nicht zu erreichen sein wird, muß zumindest gefordert werden, daß Zeitschriften, die sich ausschließlich dieser Thematik widmen (z.B. "Der medizinische Sachverständige"), auch in jeder Krankenhausbibliothek dem Gutachter zur Verfügung stehen.

Diese kritischen Anmerkungen sollen gleichzeitig einen Verweis auf die umfangreiche Literatur bilden und die Unmöglichkeit verdeutlichen, im Rahmen dieser Arbeit die gesamte Problematik der medizinischen Begutachtung dazustellen. Ich möchte mich daher auf einige grundsätzliche Punkte beschränken.

Die Rechtsprechung fordert, daß der Richter in allen Fragen des Sachverhaltes, die nicht zu seinem Wissensgebiet gehören, sich eines dem Sachgebiet entsprechenden Sachverständigen bedient, also im Sozialgerichtsprozeß von Amts wegen die gebotene Beweiserhebung gemäß § 103 SGG anordnet (S c h w a n k h a r t, 34); dies schließt allerdings nicht aus, daß der Richter sein Wissensgebiet durch privates Studium von Fachliteratur erweitern und so den Sachverständigenbeweis ersetzen kann (T h o m a s - P u t z o vor § 402 Anm. 2, 37), was in der Praxis allerdings bei schwierigen Verfahren selten der Fall sein dürfte.

Wenn auch noch vom BSG und der herrschenden Lehre bei der Aufgabenzuweisung an den Sachverständigen dieser als "Ge-
hilfe des Richters" bezeichnet wird, so ist in der Praxis der Einfluß seines Gutachtens auf die Entscheidung des Juristen von so tragender Bedeutung, daß nicht selten aus dem Richtergehilfen der "Herr der Entscheidung"

wird (S c h i m a n s k i, 32).

Ob man aber von "Gehilfe" oder, wie N a t h o (21), von "Berater des Gerichts" spricht, letztlich handelt es sich hier um Definitionsversuche, welche die tatsächliche Bedeutung des Sachverständigen bei der juristischen Entscheidungsfindung nicht verändern.

An dieser Stelle liegt der Gedanke nahe, bei komplizierten medizinischen Sachverhalten auch einen Mediziner im Rahmen der gerichtlichen Entscheidung verantwortlich mitzubeteiligen.

Genauso wie bei Verfahren vor der Handelskammer (§§ 105 ff GVG) und dem Arbeitsgericht (§ 6 ArbGG) ist auch im Verfahren am Sozialgericht gemäß § 12 Abs. 2 und Abs. 3 SGG das Prinzip des "Laienrichters" insoweit aufgehoben worden, als bei der Auswahl der ehrenamtlichen Richter deren fachliche Qualifikation berücksichtigt wird. So wirken z.B. in Spruchkörpern für Angelegenheiten der Sozialversicherung je ein Richter aus dem Kreis der Versicherten und einer aus dem Kreis der Arbeitgeber mit. Bei der großen Bedeutung medizinischer Gutachten in manchen Verfahren, könnte ein Arzt als ehrenamtlicher Richter, eine entsprechende Gesetzesänderung vorausgesetzt, bei der Urteilsberatung wesentliche Hilfen für eine gerechte Entscheidungsfindung geben und so zur Rechtssicherheit beitragen.

Für die Anfertigung von Gutachten hat C u r t i u s (9) einige Punkte besonders hervorgehoben, deren sich der Gutachter immer wieder erinnern sollte:

- eine größtmögliche Exaktheit der Diagnose sei anzustreben;

- gefährliche Fehldiagnosen beruhen oftmals auf unkritischer Übernahme von prätraumatischen Symptomen bei der Erstellung der aktuellen Diagnose;
- häufige Fehler beruhen oft auf der unzutreffenden Beurteilung des Verhältnisses von Durchschnittspathologie und Einzelfall;
- Denkfehler sind besonders bei Zusammenhangsfragen immer wieder anzutreffen;
- Cave vor kritiklosem Subjektivismus des Gutachters;
- die Fruchtbarkeit von statistischem Zahlenmaterial sollte für die sozialmedizinische Beurteilung des Einzelfalles beachtet werden.

Leider bleibt den meisten Gutachtern der weitere Weg ihres Gutachtens und somit dessen Bedeutung für den juristischen Entscheidungsprozeß weitgehend verborgen.

Weil dies aber für die eigene fachliche Kontrolle äußerst nützlich wäre, forderte schon B l e u l e r (4) von den Gerichten, sie sollten dazu verpflichtet werden, dem Sachverständigen zumindest mitzuteilen, ob und inwiefern das angefertigte Gutachten angenommen worden ist.

Ein solches "Feedback" könnte zur Aufklärung von Widersprüchen zwischen divergierenden Gutachten führen und dem Gutachter wichtige Informationen für seine eigene Tätigkeit geben.

Gerade bei der Ablehnung eines Gutachtens seitens der Juristen würde dann der Mediziner eine Gelegenheit haben, die eigene Arbeit nach möglichen Fehlern nochmals überprüfen zu können.

V. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

1. Material und Methoden

Für die Bearbeitung des gestellten Themas wurden zwei getrennte Untersuchungen angefertigt, die sich zum einen auf die archivierten Begutachtungen im Zentralkrankenhaus Gauting bezogen und zum anderen rechtskräftige Berufungsurteile des Landessozialgerichts München zum Gegenstand hatten.

Alle durchgeführten Begutachtungen im Zentralkrankenhaus Gauting werden jahrgangsweise abgelegt und standen so, mit wenigen Ausnahmen, vollständig zur Bearbeitung zur Verfügung.

Um einen möglichst aktuellen Stand der Begutachtung zu erhalten, wurde der letzte gesamte verfügbare Jahrgang, der des Jahres 1978, ausgewertet.

Das Material eines jeden Falles umfaßte in der Regel den Gutachtenauftrag des jeweiligen Versicherungsträgers oder des Sozialgerichts und das daraufhin angefertigte schriftliche Gutachten.

Zum Teil beigelegte Korrespondenz konnte in der Regel vernachlässigt werden, da sie sich meistens nur auf Formfragen bezog.

Die Begutachtungen wurden im einzelnen insbesondere unter folgenden Gesichtspunkten untersucht:

Feststellung der jeweiligen zu begutachtenden Erkrankung, sowie Nebentbefunde; Beurteilung des Krankheitsgrades (bei Tuberkulose: aktiv, inaktiv, offen, geschlossen, ausgeheilt; bei Silikose: Schweregrad);

Zeitpunkt der Ersterkrankung; Frage der Erstinfektion, Reaktivierung, Superinfektion, Exacerbation bei tuberkulösen Erkrankungen; durchgeführte Tuberkulintests bei Berufsaufnahme; Zuordnung des ausgeübten Berufes bei Krankheitsmanifestierung; Feststellung bereits anerkannter AU, BU, EU; vorgeschlagene MdE des Gutachters und Verlauf der MdE-Festsetzung im Rahmen des Heilungsprozesses; Beurteilung von Zusammenhangsfragen im Rahmen der Unfallversicherung bei Anerkennung einer Berufskrankheit.

Da die Informationsinhalte schon von der Form her (Formgutachten, freie Gutachten, einzelne Anfragen) in ihrer Quantität stark differierten, konnten einzelne Problemkreise nicht mit der absoluten Anzahl der durchgearbeiteten Akten erfaßt werden.

Die so gewonnenen Zahlen wurden den einzelnen Kollektiven zugeordnet, um die Gutachterpraxis zu den jeweiligen Krankheitsbildern aufzeigen zu können.

Von großem Aussagewert wäre darüberhinaus ein leider nicht zu verwirklichender Teil gewesen: die Auswirkung der einzelnen Gutachten für die Entscheidung des Gutachterauftraggebers!

Da dem Gutachter aber diese Rückkoppelung und damit die individuelle Bedeutung seines Gutachtens in der Regel verschlossen bleibt, wurde wenigstens für diese Arbeit ein Ausweg gefunden.

Wenn es auch nicht möglich war, die Wege der in Gauting angefertigten Gutachten bis in den juristischen Entscheidungsprozeß weiterzuverfolgen, so konnte doch der Stellenwert des Gutachtens im Rahmen sozialgerichtlicher Urteilsfindung aufgezeigt werden.

Alle Berufungsurteile des LSG München werden mit dem Tage ihrer Rechtskräftigkeit chronologisch archiviert. Für die Bearbeitung wurden Urteile jener Kammern ausgewählt, bei deren Entscheidungsfindung der ärztliche Gutachter besonders oft herangezogen wird.

Es wurden deshalb ab Januar 1978 jeweils 50 Urteile aus dem Bereich der Arbeiter- und der Angestelltenrentenversicherung, sowie 100 Urteile aus dem Bereich der Unfallversicherung bearbeitet. Die Reihenfolge richtete sich dabei nach der Ablagenummer, es wurde somit keine spezielle Auswahl einzelner Fälle vorgenommen. Dies erschien mir wichtig, um eine einigermaßen repräsentative Auswahl für die bei Gericht eingehenden Klagen aufzeigen zu können, soweit dies bei der beschränkten Anzahl überhaupt möglich ist.

Das Material jeder Berufsakte umfaßte in der Regel die Berufungseinlegung des Prozeßbevollmächtigten, das Urteil der Erstinstanz einschließlich der Urteilsbegründung, die zumeist umfangreiche Korrespondenz während des Berufungsverfahrens, sowie das Berufungsurteil mit seiner Begründung, soweit die Klage keine andere Erledigung fand.

Alle Urteile wurden im einzelnen insbesondere unter folgenden Gesichtspunkten untersucht:

Aufzeigen der Parteianträge; Erfassen des erstinstanzlichen Urteils und des Urteils der Berufungsinstanz, insbesondere unter dem Aspekt der wesentlichen Entscheidungsgründe; Anzahl der dazu angeforderten Gerichtsgutachten und der von den Parteien eingebrachten Gutachten; Entscheidungsbedeutung des Gutachtens bei der Urteilsbegründung; Anträge nach § 109 SGG; Entscheidungsgegen-

überstellung von Erst- und Zweitinstanz; Formen einer anderen Erledigung; Bedeutung der Zusammenhangsfrage auf dem Gebiet der Unfallversicherung; anteilmäßiges Erfassen von Arbeits-, Wegeunfall und Berufskrankheiten.

Die so gewonnenen Daten sollen einerseits einen Überblick über das Entscheidungsgut im LSG München in den betreffenden Kammern und zum anderen den Stellenwert des Gutachtens im Verfahren deutlich machen.

Ein exaktes Nachvollziehen aller entscheidungserheblicher Faktoren bei der richterlichen Urteilsfindung war mit diesen Daten allerdings nicht möglich.

Sowohl Gutachten als auch Urteile wurden vollständig durchgearbeitet und mit Handaufzeichnungen ausgewertet. Ein Rückgriff auf datenverarbeitende Systeme war nicht möglich.

A) AUSWERTUNG DER GUTACHTEN AUS DEM ZKH GAUTING

Im ersten Teil dieser Auswertung soll ein genereller Überblick aller Gutachten des Jahres 1978 aus dem ZKH Gauting erarbeitet werden. Er stellt damit eine Standortbestimmung der Gautinger Gutachtertätigkeit dar.

Der zweite Teil der Auswertung wird sich auf herausgearbeitete Schwerpunkte beziehen. Den Mittelpunkt stellen hier die am häufigsten begutachteten Krankheitsbilder.

1. Allgemeiner Überblick

Von Versicherungsträgern, der Öffentlichen Verwaltung und Gerichten wurde in 186 Fällen ein Antrag auf Begutachtung beim ZKH Gauting gestellt. Kein Patient wurde zweimal begutachtet.

Tabelle 1 weist die Alters- und Geschlechtsaufteilung aus.

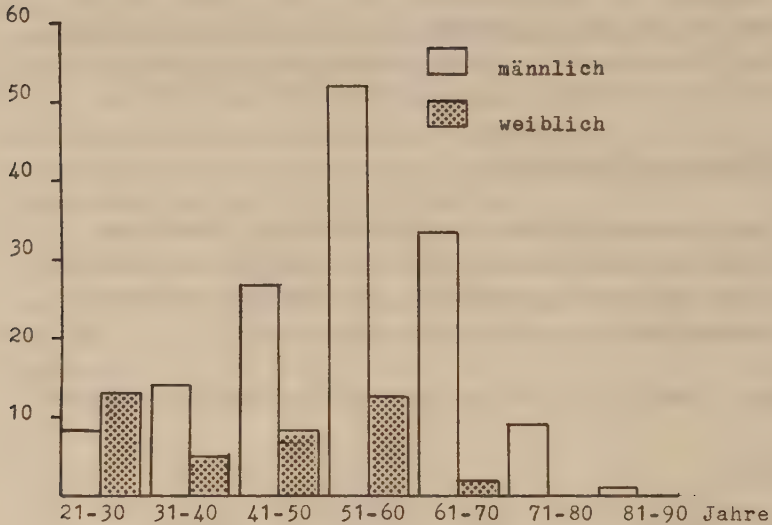
Tabelle 1

Alter	männlich	weiblich	insgesamt	Prozent
21-30	8	13	21	11,3%
31-40	14	5	19	10,3%
41-50	27	9	36	19,4%
51-60	52	13	65	34,9%
61-70	33	2	35	18,8%
71-80	9	-	9	4,8%
81-90	1	-	1	0,5%
zusammen	144	42	186	100,0%

Abbildung 1 soll dies graphisch verdeutlichen.

Abbildung 1

Anzahl der
Patienten n = 186



Daraus wird ersichtlich:

1. Es wurden überwiegend männliche Patienten begutachtet.
2. Der Altersgipfel der Männer liegt bei 51-60 Jahren.
3. Der Altersgipfel liegt bei den Frauen bei 51-60 und bei 21-30 Jahren.
4. In der Altersgruppe 21-30 Jahre wurden mehr Frauen als Männer begutachtet.
5. Der Anteil der Frauen war ab 61 Jahren sehr gering.

Tabelle 2

Zu begutachtende Krankheiten ohne Nebenfunde
nach Anzahl, Prozent und Geschlechtsverteilung

Krankheit	männlich	weiblich
Tuberkulose	53 = 36,8%	20 = 47,6%
Silikose	51 = 35,4%	- -
Farmerlunge	14 = 9,7%	14 = 33,3%
Asbestose	4 = 2,7%	2 = 4,7%
Lungenfibrose	2 = 1,4%	- -
Lungen CA	2 = 1,4%	- -
Asthma bronchiale	1 = 0,7%	1 = 2,4%
Lungendurchschuß	1 = 0,7%	1 = 2,4%
Allergien	2 = 1,4%	- -
Pilzpnemonie	1 = 0,7%	- -
Haematothorax	1 = 0,7%	- -
Toxische Bronchitis	1 = 0,7%	- -
Lungenbeschwerden nach Siloarbeit	1 = 0,7%	- -
Chronische Bronchitis	1 = 0,7%	- -
Kyphoskoliose	1 = 0,7%	- -
Toxoplasmose	- -	1 = 2,4%
Dermatitis	- -	1 = 2,4%
Aspergillose	- -	2 = 4,7%
sonstiges	8 = 5,6%	- -
zusammen:	144 = 100 %	42 = 100 %

1. Das häufigste zu begutachtende Krankheitsbild bei den Männern war die Tuberkulose und die Silikose.
2. Bei den Frauen war der prozentuale Anteil der Tuberkulose-Begutachtung noch höher als bei den Männern.
3. Ein hoher Prozentsatz der Frauen wurde wegen Verdacht auf Farmerlunge begutachtet.

Tabelle 3

Beziehung zwischen Berufsausübung und begutachteter
Krankheit nach Anzahl, Prozent und Geschlecht

Berufsausübung	männlich	weiblich
Landwirtschaft	25 = 17,4%	17 = 40,5%
Bergbau	25 = 17,4%	- -
Steinverarbeitung	20 = 13,9%	- -
Ärzte	8 = 5,5%	2 = 4,8%
Krankenpflege	7 = 4,9%	13 = 30,9%
Asbestarbeit	3 = 2,1%	2 = 4,8%
Bauarbeit	4 = 2,8%	- -
Arbeiter	4 = 2,8%	- -
Former	5 = 3,5%	- -
Soldaten	3 = 2,1%	- -
Bäcker	2 = 1,4%	- -
Chemiearbeiter	2 = 1,4%	- -
Glasarbeiter	2 = 1,4%	- -
sonstige	22 = 15,2%	3 = 7,1%
ohne Angabe	12 = 8,2%	5 = 11,9%
zusammen:	144 = 100 %	42 = 100 %

1. Der Anteil männlicher und besonders weiblicher Berufe aus der Landwirtschaft war sehr hoch.
2. Die männlichen Berufe aus Bergbau und Steinverarbeitung weisen auf Staubexposition hin.
3. Infektionskrankheiten könnten den hohen weiblichen Anteil an Berufen aus der Krankenpflege begründen.
Das gleiche gilt für Ärzte und Krankenpfleger bei den Männern.

Tabelle 4

Auftraggeber der angeforderten Gutachten
nach Anzahl und prozentualem Anteil

<u>Auftraggeber</u>	<u>Anzahl</u>	<u>Prozent</u>
Landwirtschaftliche BG	44	23,6
Bergbau BG	18	9,6
BG Gesundheitsd. u. Wohlfahrtspfl.	17	9,1
Sozialgericht	17	9,1
Bayer. Landesinstitut für Arbeitsmedizin	9	4,8
BG Eisen und Stahl	8	4,3
Bayer. Gemeindeunfallverband	8	4,3
BG Glas und Keramik	7	3,7
Staatl. Ausführungsbeh. für UV	7	3,7
Versorgungsamt	5	2,7
BG Steinbruch	5	2,7
Landessozialgericht	5	2,7
Landgericht	4	2,2
BG Chemische Industrie	4	2,2
Bayer. Bau BG	4	2,2
Wehrgebührenamt	3	1,6
BG Nahrungsmittel u. Gaststätten	3	1,6
Landesversicherungsanstalt	2	1,1
sonstige	16	8,8
insgesamt	186	100%

Tabelle 4 korreliert im wesentlichen mit Tabelle 3 der ausgeübten Berufe. Da unter den Auftraggebern der Gutachten aber nicht nur Berufsgenossenschaften waren, ist die Zahl der gerichtlichen und der Gutachten anderer Träger der Öffentlichen Verwaltung von Bedeutung.

Der Anlaß, ein Gutachten zu beantragen, ist in der Regel auf ein Rechtsverhältnis zwischen dem Versicherungs-träger und dem Versicherungsnehmer zurückzuführen.

Beantragt der Versicherungsnehmer eine Rente oder eine Entschädigung, muß er einen Rechtsanspruch aus einem Versicherungsverhältnis haben.

Grundlage dafür sind die verschiedenen Gesetze zur sozialen Sicherung.

Die in Gauting ausgewerteten Gutachten betrafen folgende Rechtsgebiete:

Tabelle 5

Rechtsgrundlage	Anzahl	Prozent
Unfallversicherung	154	82,8%
Rentenversicherung	15	8,2%
Bundesversorgungsgesetz	9	4,8%
Soldatenversorgungsrecht	4	2,1%
Bundesentschädigungsgesetz	4	2,1%
zusammen	186	100%

Der Schwerpunkt der Gutachtertätigkeit in Gauting liegt demnach im Rechtsgebiet der Unfallversicherung.

Mit einem Anteil von 8,2% ist die Begutachtung auf dem Gebiet der Rentenversicherung dagegen sehr gering.

Die untersuchten Gutachten hatten für den Bearbeiter einen sehr unterschiedlichen Informationswert. So konnten nicht immer bei allen Gutachten vergleichende Daten gewonnen werden, was meistens schon am Gutachtenauftrag, gelegentlich an der Abfassung des Gutachtens lag.

Es konnte deshalb nur in 141 Fällen geklärt werden, ob für die Anfertigung der Gutachten ein stationärer Aufenthalt oder nur eine ambulante Untersuchung notwendig gewesen ist, ein Kostenfaktor, der für den Auftraggeber nicht unerheblich ist.

Tabelle 6

Stationäre und ambulante Begutachtung

Begutachtung	männlich	weiblich	insgesamt
ambulant	83 (74,1%)	23 (79,3%)	106 (75,2%)
stationär	18 (16,1%)	4 (13,8%)	22 (15,6%)
nach Akte	11 (9,8%)	2 (6,9%)	13 (9,2%)
zusammen	112	29	141

Über 75% der Fälle konnten danach ambulant begutachtet werden, bei gut 15% war eine stationäre Aufnahme nötig.

Ausländische Versicherungsnehmer kamen neunmal zur Begutachtung, dies entspricht einem Anteil von 4,8%.

Die Verteilung ergab für die verschiedenen Länder:

Türkei:	5 Patienten
Jugoslawien:	2 Patienten
Italien:	1 Patient
Kuba:	1 Patient

Erstbegutachtung

Bei 71 Patienten wurde das Krankheitsbild zum ersten Male begutachtet.

Der Gutachter hatte sich u.a. zur Höhe der MdE bzw. der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit aus medizinischer Sicht zu äußern. Das Ergebnis betrug:

- 41 Fälle mit keiner MdE
- 24 Fälle mit Befürwortung einer MdE
- 5 Fälle zur BU bzw. zur EU
- 1 Fall Sonstiges

Bei 65 Fällen, in denen eine Entscheidung über die MdE anstand, konnte demnach nur bei 36,9% eine solche vorgeschlagen werden.

Die Höhe der vorgeschlagenen MdE ergibt sich aus Tabelle 7.

Tabelle 7

Höhe d. MdE:	0%	10%	10%	20%	20%	30%	40%	50%	60%
Anzahl:	41	2	2	2	8	5	1	1	3

Da die Entschädigungspflicht für den Versicherungsträger erst bei einer MdE-Höhe von 20% und mehr entsteht, konnten nach der Begutachtung nur 18 Patienten, das sind 27,7%, mit einer Bewilligung der Rente rechnen.

Die Entscheidung, keine MdE vorzuschlagen, wurde begründet:

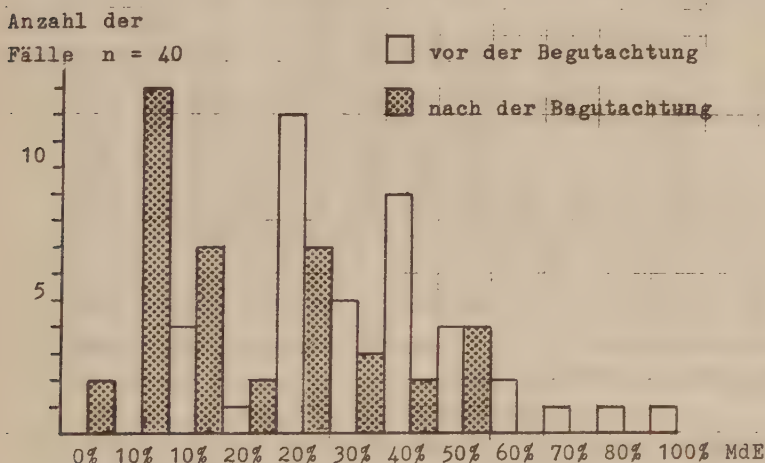
- in 26 Fällen konnte keine Krankheit, bzw. keine MdE-Höhe,
- in 4 Fällen eine Krankheit, aber keine Funktionseinbuße,
- in 10 Fällen eine Krankheit, aber keine Kausalität zu den funktionellen Beschwerden festgestellt werden.

Zweit- und Mehrfachbegutachtung

Bei 76 Patienten konnte der Verlauf des Krankheitsbildes anhand der MdE-Höhe verfolgt werden, da in diesen Fällen eine Zweit- oder Mehrfachbegutachtung vorlag.

In 40 Fällen (52,6%) hatten sich die Krankheitsbilder seit der letzten Begutachtung verbessert und die Höhe der MdE damit verringert.

Abbildung 2 : MdE-Höhe vor und nach der Begutachtung
bei verbesserten Krankheitsbildern



Demnach wurde die Rentenbewilligung durch die Verbesserung der Krankheitsbilder wesentlich beeinflusst.

Waren vor der Begutachtung nur 5 Fälle (12,5%) unter der entschädigungspflichtigen MdE-Grenze von 20%, so gab es nachher 24 Fälle (60%), nahezu die fünffache Anzahl.

Über der MdE-Grenze von 20% gab es vorher 35 Fälle (87,5%), denen 16 Fälle (40%) nach der Begutachtung gegenüberstanden.

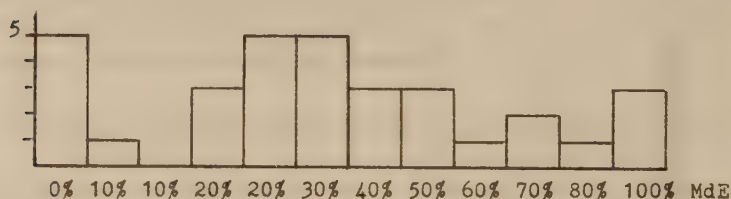
Nur in 4 Fällen hatte sich der Gesundheitszustand seit der letzten Begutachtung verschlechtert, mußte die MdE erhöht werden.

In zwei Fällen von 0 auf 20% bzw. auf 60%, in den beiden anderen Fällen von 30% bzw. 60% auf 100%.

Unverändert blieb die MdE in 32 Fällen. Abbildung 3 zeigt die Verteilung.

Abbildung 3

Anzahl der
Fälle n = 32



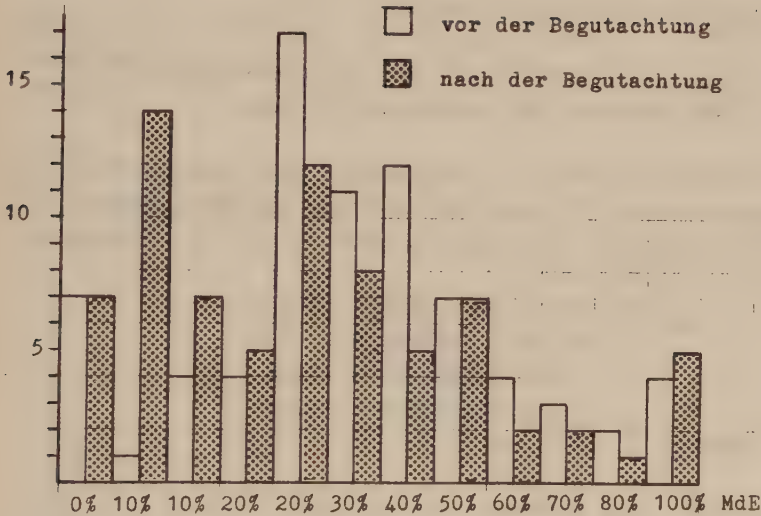
Der gesamte Verlauf der MdE-Entwicklung bei Zweit- und Mehrfachgutachten soll in Tabelle 8 und Abbildung 4 zusammengestellt werden.

Tabelle 8

	0%	10%	10%	20%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	100%
MdE vorher	7	1	4	4	17	11	12	7	4	3	2	4
MdE nachher	7	14	7	5	13	8	5	7	2	2	1	5

Abbildung 4

Anzahl der
Fälle n = 76



Insgesamt bleibt festzustellen:

Vor der Begutachtung lagen 16 Fälle (21%) unter der Grenze von 20% MdE, nachher 33 Fälle (43,4%).

Über dieser Grenze lagen vorher 60 Fälle (79%) und nachher 43 Fälle (56,6%).

2. Die Begutachtung der Tuberkulose

Aus dem allgemeinen Überblick sind die einzelnen Krankheitsbilder und ihre Schwerpunkte bei der Begutachtung im ZKH Gauting ersichtlich geworden.

Mit der gleichen Systematik sollen diese Krankheiten im Rahmen ihrer Begutachtung ausgewertet werden.

Mit dem Verdacht oder der schon gesicherten Diagnose einer Tuberkulose kamen 73 Patienten nach Gauting zur Beobachtung. Die einzelnen Organe waren dabei wie folgt infiziert:

Lunge	22 Fälle Lungentbk allgemein
	20 Fälle Lungentbk beidseits
	10 Fälle Lungentbk links
	<u>7 Fälle Lungentbk rechts</u>
zusammen	59 Fälle
Niere	5 Fälle
Lymphknoten	5 Fälle
Knochen, Wirbel	4 Fälle
Nebenhoden	2 Fälle
spez. Pleuritis	2 Fälle

Tuberkulose von Darm, Prostata, Bronchialschleimhaut und spezifische Meningitis kamen je einmal zur Begutachtung.

Von 39 Gutachten bezeichneten den Aktivitätszustand als:

inaktiv:	33 Fälle
geheilt:	3 Fälle
akut:	2 Fälle
offen:	1 Fall

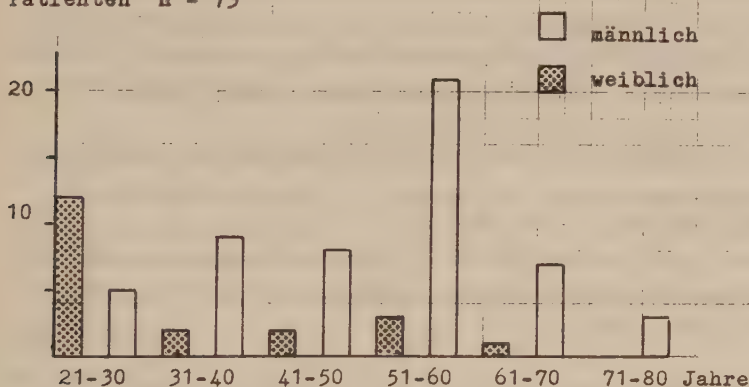
Die Geschlechtsverteilung mit einer Zuordnung der Altersgruppen verdeutlichen Tabelle 9 und Abbildung 5.

Tabelle 9

Jahre	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-	zusammen
männlich	5	9	8	21	7	3	53
weiblich	12	2	2	3	1		20

Abbildung 5

Anzahl der
Patienten n = 73



1. Es kamen mehr Männer als Frauen zur Begutachtung.
2. Der Altersgipfel der Tbk ist bei Männern zwischen 51 und 60 Jahren.
3. Der Altersgipfel der Tbk bei Frauen liegt zwischen 21 und 30 Jahren.
4. Obwohl die Frauen nur mit 27,4% am Gesamtkollektiv beteiligt waren, wurden in dieser Altersgruppe mehr als doppelt soviele Frauen wie Männer begutachtet.

Auch die ausgeübten Berufe wiesen in ihrer Verbindung mit der Tuberkuloseerkrankung auffällige Schwerpunkte auf.

Neben 2 Ärztinnen erkrankten 12 im Krankenhaus oder einer Arztpraxis angestellte Frauen, was 70 Prozent aller betroffenen Frauen bedeutet.

Demgegenüber stehen bei den Männern 7 Ärzte und 7 im Krankenhaus Beschäftigte, zusammen 24,4 Prozent des Gutach-
tenkollektives.

Für diese 28 im Gesundheitsdienst tätigen Personen konnte im Rahmen der Begutachtung nur in fünf Fällen eine Tuberkuloseüberprüfung bei der Berufseinstellung ermittelt werden. Es wurden 3 Röntgenuntersuchungen, eine Tine-Testung und eine BCG-Impfung angegeben.

Eine sehr geringe Zahl, wenn man die Bedeutung ein-
stellungsuntersuchungen für später zu klärende Zusammen-
hangsfragen kennt.

So konnten auch in Gauting bei 29 Erstbegutachtungen nur in 7 Fällen eine Berufserkrankung anerkannt und eine MdE vorgeschlagen werden.

Bei 48 Gutachten ergab sich die Möglichkeit, den Zeit-
punkt der Ersterkrankung festzustellen und damit eine Aus-
sage über die bisherige Krankheitsdauer zu treffen.

Tabelle 10: Krankheitsdauer bei Tbk

Jahre	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-
Fälle	25	6	4	2	2	3	6

Damit hatten 52,1 Prozent der Patienten die Krankheit nicht länger als 5 Jahre, ein Indikator für die erfolg-

reiche Tuberkulosebehandlung, da ältere Krankheitsfälle zum großen Teil ausgeheilt waren.
Dies wird noch deutlicher, wenn man die ersten 5 Jahre ab Erkrankungszeitpunkt aufsplittet.

Tabelle 11

Jahre	1	2	3	4	5
Fälle	3	9	7	4	2

19 Patienten, das sind 39,6 Prozent, hatten die Krankheit erst seit 3 Jahren.

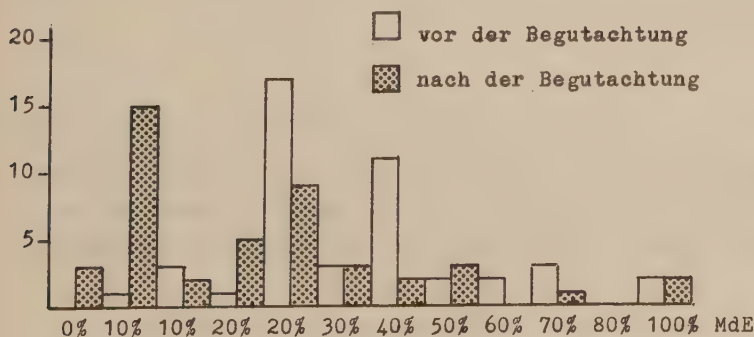
Tabelle 12 und Abbildung 6 demonstrieren wieder die Berentung vor und nach der Begutachtung.

Tabelle 12: Veränderung der MdE (Nachuntersuchungen)

MdE	0%	10%	10%	20%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	100%
vorher	-	1	3	1	17	3	11	1	2	3	-	2
nachher	3	15	2	5	9	3	2	2	-	1	-	2

Abbildung 6

Anzahl der
Fälle n = 44



Auch durch die Veränderung der MdE-Höhe wird der günstige Heilungsverlauf der Tuberkulose deutlich.

Lagen seit der letzten Begutachtung, die im Durchschnitt 1 1/2 Jahre zurücklag, nur 11,7 Prozent unter der rentenpflichtigen Grenze von 20 Prozent MdE, so waren es nach der erneuten Begutachtung 56,8 Prozent.

In den 1 1/2 Jahren hatte sich damit das Krankheitsbild wesentlich verbessert.

Die Schwierigkeiten des Mediziners bei der Begutachtung lag nicht in der Diagnostik der Tuberkulose, sondern bei der vom Auftraggeber gestellten Frage, ob die Krankheit auch berufsbedingt ist.

Primärinfektion und Reinfektion können nur dann festgestellt werden, wenn bei der Berufseinstellung die Tuberkulinallergie überprüft worden ist, was in den seltensten Fällen geschehen ist (s.o.).

Für die Beurteilung der Zusammenhangsfrage konnten festgestellt werden:

Erstinfektion:	4 Fälle
Reinfektion:	6 Fälle
Superinfektion:	2 Fälle
Exacerbation:	0

3. Die Begutachtung der Silikose

Neben der Tuberkulose stellt die Silikose einen weiteren Schwerpunkt bei der Begutachtung im ZKH Gauting.

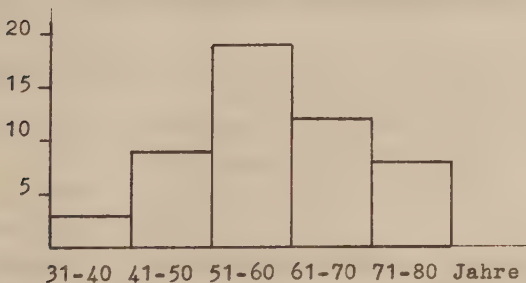
Ätiologisch durch eine Staubexposition bedingt, waren bei den Gautinger Gutachten nur männliche Patienten von der Krankheit betroffen.

Von den 51 Silikosebegutachtungen kamen 19 Patienten zur Nachbegutachtung, 32 zur Erstbegutachtung. Von diesen war in 22 Fällen die festgestellte Silikose entweder so geringgradig, daß keine zu entschädigende MdE vorlag, oder es konnte keine Exposition gegenüber silikogenem Staub nachgewiesen werden.

Die Altersaufteilung aller 51 begutachteten Männer zeigt Abbildung 7.

Abbildung 7

Patienten n = 51

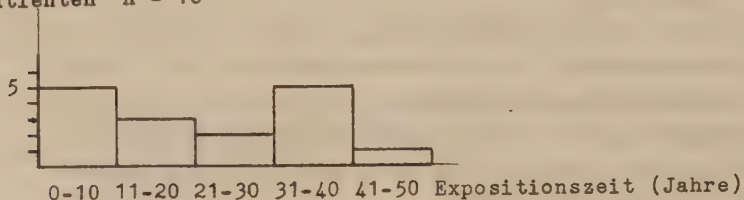


Der Begutachtung stellten sich demnach vorwiegend Männer aus den hohen Altersgruppen, die teilweise, wie die Altersgruppe 71-80 Jahre, nicht mehr beruflich arbeiteten.

Eine Auswertung der Expositionszeiten fand nur bei den Männern statt, welche nach der Begutachtung für eine MdE vorgeschlagen wurden. Es ließ sich bei dieser Gruppe in 16 Fällen die Expositionszeit feststellen.

Abbildung 8

Patienten n = 16



Die Silikoseerkrankung trat danach schon in den ersten 10 Jahren einer beruflichen Exposition, in anderen Fällen aber auch erst sehr viel später auf.

Eine Korrelation von Expositionszeit und Anzahl der Erkrankungen ergab sich nicht.

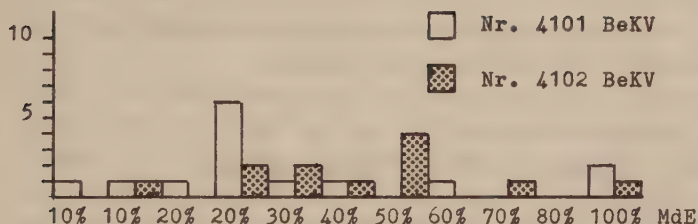
Die 51 begutachteten Männer kamen aus folgenden Berufssparten:

Bergbau:	23	Patienten	(45,1%)
Steinverarbeitung:	16	"	(31,4%)
Glasindustrie:	3	"	(5,9%)
sonstiges:	9	"	(17,6%)

In 14 Fällen wurde eine ent schädigungspflichtige Silikose nach Nr. 4101 BeKV, in 12 Fällen eine Silikotuberkulose von den Gutachtern festgestellt. Da 6 Fälle der Tuberkulose inaktiv waren, wurden sie nicht wie die anderen nach Nr. 4102 BeKV, sondern ebenfalls nach Nr. 4101 BeKV be-
rentet.

Abbildung 9

Anzahl der
Fälle n = 26



Die MdE Bewertung erfolgt ausschließlich nach dem Ausmaß der silikosebedingten kardiopulmonalen Funktionseinbuße, die röntgenologische Gradeinteilung korreliert deshalb nicht mit der MdE-Höhe. Tabellen 13 und 14 verdeutlichen dies.

In 12 Gutachten erfolgte die röntgenologische Beurteilung mit der alten Gradeinteilung 1 - III.

Tabelle 13 stellt der vorgeschlagenen MdE die Anzahl der Fälle und die Gradeinteilung gegenüber.

Tabelle 13 (Silikotuberkulose Nr. 4102 BeKV unterstrichen)

MdE 0%: 3 Fälle Grad I; 1 Fall Grad I-II;
2 Fälle Grad II-III;
MdE 20%: 1 Fall Grad I-II;
MdE 20%: 1 Fall Grad I;
MdE 50%: 1 Fall Grad II-III;
MdE100%: 1 Fall Grad II-III; 1 Fall Grad III;
1 Fall Grad II-III

In 21 Gutachten begutachtete man nach der ILO U/C Klassifikation. Zur Vereinheitlichung habe ich die mehrmals ver-

wendeten Typen m und n den nun gebräuchlichen Typen q und r zugeordnet.

Tabelle 14 (Silikotuberkulose Nr. 4102 BeKV unterstrichen)

MdE	0%:	p 1/p 1; p 1-2/p1; p 1-2/p 1; p 1-2/p 1-2; p 2/p 2; pQ 2/Lr2; qr 2-3/qr 2;
MdE	10%:	q 2/q 1;
MdE	10%:	p 2/p 2;
MdE	20%:	<u>pq 1-2/L p 1</u> ; p 1/p 1; <u>L q 1 AB/L q 1</u> ; <u>qr 3/qr 3</u> ;
MdE	30%:	<u>qr 2/qr 2 A</u> ; qr 2-3/qr 2-3 A;
MdE	40%:	<u>q 2/q 2-3</u> ; q 2-3/q 2-3;
MdE	50%:	<u>L qr 2-3/L qr 2-3</u> ; q 3 B/ q 3;
MdE	60%:	O /q 1-2;
MdE	70%:	<u>q 3 C/ q 3 A</u> ;

Es bleibt festzustellen: der röntgenologische Silikosegrad läßt keinen direkten Schluß über den Grad der vorzuschlagenden MdE zu!

So gab es auch bei den Gautinger Begutachtungen 8 Fälle, in denen zwar röntgenologisch eine Silikose nachzuweisen war, diese aber zu keiner Funktionseinbuße geführt hatte, oder die Funktionseinbuße andere Ursachen hatte. Eine Anerkennung als Berufskrankheit nach Nr. 4101 BeKV konnte in diesen Fällen nicht vorgeschlagen werden.

4. Die Begutachtung der Farmerlunge

Aus der Sicht des Juristen schien die Begutachtung der Farmerlunge für den Mediziner besonders schwierig gewesen zu sein, was weniger die Klärung der Zusammenhangsfrage, als die Diagnose betraf.

Von den 28 begutachteten Fällen kamen 9 Patienten zur Nach- und 19 Patienten zur Erstbegutachtung. Bei diesen konnte in 9 Fällen eine Erkrankung vom Typ der Farmerlunge ausgeschlossen und in 5 Fällen als wahrscheinlich angesehen werden. Nur in 5 Fällen der Erstbegutachtung bestätigte sich der Verdacht auf diese Krankheit.

Tabelle 15 zeigt die Aufteilung nach dem Geschlecht.

Tabelle 15

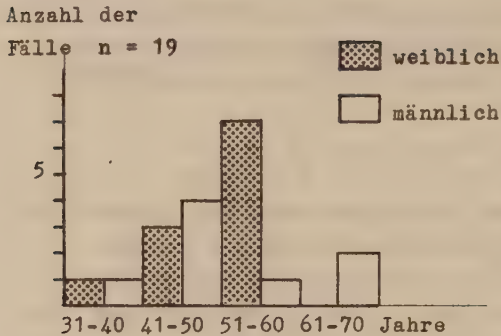
	weiblich	männlich
Farmerlunge positiv	9	5
Farmerlunge wahrscheinl.	2	3
Farmerlunge negativ	3	6
zusammen	14	14

Alle Patienten wiesen eine Exposition durch landwirtschaftliche Tätigkeit auf, die einige wegen der Krankheit bereits aufgegeben hatten.

Für die Expositionsdauer konnten keine verwertbaren Daten ermittelt werden, ein gewisser Rückschluß läßt sich aber durch die Altersgipfel ziehen.

Abbildung 10 erfaßt die einzelnen Altersgruppen, bei denen Patienten mit negativem Krankheitsbild nicht aufgenommen wurden.

Abbildung 10



Auffallend gering ist der männliche Anteil in der Altersklasse von 51-60 Jahren, während Frauen hier stark vertreten sind.

Da die Farmerlunge erst ab 1.1.1977 in der BeKV als Berufskrankheit anerkannt wird, war der Anteil an Zweitbegutachtungen beim Untersuchungsgut gering.

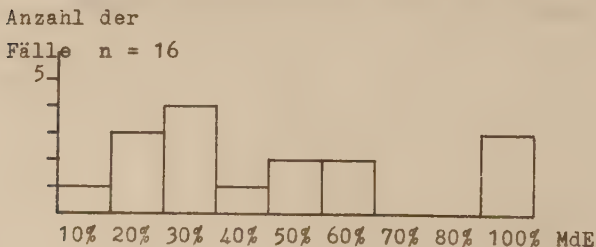
Bei den Frauen lagen 6 Fälle vor, von denen sich nur einer im Krankheitsbild gebessert hatte und die MdE herabgesetzt werden konnte (von 50 Prozent MdE auf 30 Prozent MdE).

Bei den Männern gab es 3 Fälle der Nachbegutachtung, bei einem wurde die MdE von 100 Prozent auf 50 Prozent herabgesetzt.

Insgesamt war das Krankheitsbild bei 16 Patienten so schwer, daß über den Grad der MdE entschieden werden mußte.

Abbildung 11 weist Anzahl und MdE-Höhe auf.

Abbildung 11



B) AUSWERTUNG DER URTEILE AUS DEM LANDESSOZIALGERICHT
MÜNCHEN

1. Urteile aus der Kammer für Unfallversicherungsrecht

Für die Untersuchung wurden 100 Berufungsklagen ausgewertet, die nach einem erstinstanzlichen Urteil am Sozialgericht von den unterlegenen Parteien bei dem Berufungsgericht eingelegt worden waren.

Tabelle 16 veranschaulicht die Aufteilung der verschiedenen Formen eines Arbeitsunfalles, welche die RVO in § 548 (Arbeitsunfall), § 550 (Wegeunfall) und § 551 (Berufskrankheiten als Arbeitsunfall) aufzählt und die Verteilung im Untersuchungsgut.

Tabelle 16

§ 548 RVO	Arbeitsunfall:	66
§ 550 RVO	Wegeunfall:	21
§ 551 RVO	Berufskrankheit:	10
<u>Sonstiges:</u>		<u>3</u>
Zusammen		100

Zwei Drittel der Klagen hatten demnach einen Sachverhalt zum Gegenstand, bei dem der Versicherte während seiner beruflichen Tätigkeit einen Unfall erlitten hatte.

Nur ein Zehntel betraf die Anerkennung von Berufskrankheiten, wie ich sie in den Gutachten des ZKH Gauting in überwiegender Zahl ausgewertet hatte.

Relativ häufig die Wegeunfälle durch Teilnahme am Straßenverkehr, die sich natürlich jeder Sicherheitsvorkehrung am Arbeitsplatz entziehen.

Erledigung der Berufungsklagen

Nicht jede gerichtsanhängige Klage wird durch ein Endurteil abgeschlossen. Obwohl bei allen Berufungsklagen ein erstinstanzliches Urteil vorlag, kann das anhängige Verfahren in der Berufung auch anders als nur durch ein Berufungsurteil seine Erledigung finden, wie dies in Tabelle 17 gezeigt wird.

Tabelle 17

Rücknahme der Berufung:	21
Vergleich:	13
sonstige Erledigung:	13
<u>Urteile:</u>	<u>53</u>
zusammen	100

Nur die gute Hälfte aller Berufungsklagen führte demnach zu einem Berufungsurteil.

Da der Berufungskläger in der Regel in der Erstinstanz unterlegen war, veranschaulicht Tabelle 18 seine Erfolgsaussichten in der Berufung.

Tabelle 18

Berufung stattgegeben:	8
Berufung abgewiesen:	45
<u>Berufung unzulässig:</u>	<u>3</u>
zusammen	53

Nur acht Prozent der Berufungen hatten demnach zum Erfolg des Berufungsklägers geführt.

Der Kläger ist in der Regel der betroffene Versicherungsnehmer, der Beklagte der Unfallversicherungsträger.

Bei den hundert Berufungsklagen waren zwölf Beklagtenberufungen enthalten, Klagen, bei denen die unterlegene Versicherung in die Berufung gegangen war. Drei dieser Klagen waren erfolgreich.

Tabelle 19 Erfolgreiche Berufungen

<u>Kläger</u>	<u>Berufungen</u>	<u>davon erfolgreich</u>	<u>Prozent</u>
Versicherungs- nehmer	88	5	5,7%
Versicherungs- träger	12	3	25,0%

Im prozentualen Anteil konnten sich demnach die Versicherungsträger erfolgreicher durchsetzen.

Bedeutung der Gutachten im Gerichtsverfahren

In 64 Verfahren der Erstinstanz wurde von den beteiligten Parteien für die richterliche Entscheidung mindestens ein Gutachten eingebracht, insgesamt waren es 174 Gutachten. Tabelle 20 verdeutlicht die Anzahl der Gutachten je Fall.

Tabelle 20

<u>Anzahl der Gutachten</u>	<u>Anzahl der Fälle</u>
0 Gutachten	36 Fälle
1 "	15 "
2 "	23 "
3 "	12 "
4 "	5 "
5 "	3 "
6 "	3 "
7 "	1 "
8 "	1 "
9 "	1 "
	100 Fälle

Tabelle 21 zeigt, wie oft daran die einzelnen Parteien beteiligt waren und wieviele Gutachten insgesamt von ihnen vorgelegt wurden.

Tabelle 21

	<u>Verfahren</u>	<u>Gutachten insgesamt</u>
Gericht	47	64
Kläger	22	28
Beklagter	48	82
		174

Die Beklagtenvertreter hatten demnach die meisten Gutachten vorgelegt, ohne daß man aber daraus einen Schluß auf die Entscheidung des Gerichtes ziehen könnte.

In den 64 Verfahren mit eingebrachten Gutachten begründete das Gericht seine Entscheidung im wesentlichen auf die Gutachten folgender Beteiligter:

- 37 Gutachten des Gerichtes
- 8 Gutachten der Beklagten
- 3 Gutachten der Kläger

Abbildung 12

Verfahren mit
Gutachten (Erstinstanz)

n = 64

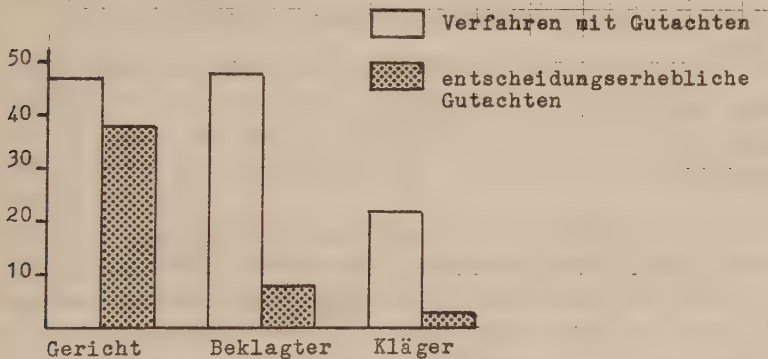


Abbildung 12 demonstriert, wie stark die Entscheidung der Erstinstanz von den Gutachten des Gerichts geprägt wurde. Die Gutachten von Beklagten und Klägern waren für die Gerichte nur in wenigen Fällen entscheidungserheblich.

Die Berufungsinstanz nahm bei ihren Entscheidungen in den meisten Fällen auf die vorliegenden Gutachten Bezug. In 47 Fällen wurden Gutachten als der wesentliche Entscheidungsfaktor verwertet.

Neue Gutachten wurden von den Beteiligten wie folgt eingebracht:

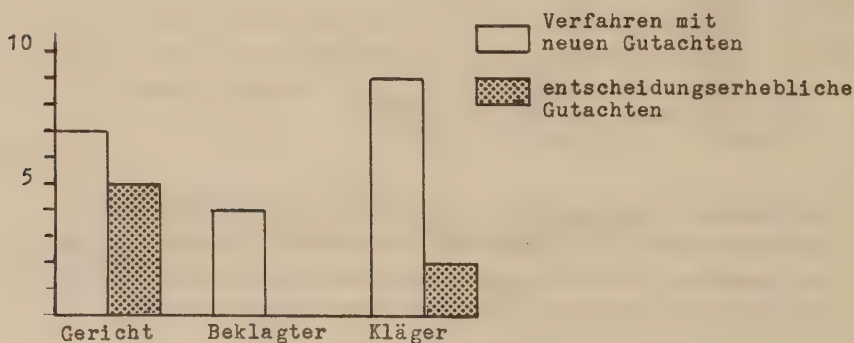
Tabelle 22

	Berufungs- Verfahren	Gutachten insgesamt	Entscheidungs- erheblich
Gericht	7	7	5
Kläger	8	9	2
Beklagter	3	3	0

Auch hier die Entscheidungserheblichkeit graphisch dargestellt:

Abbildung 13

Verfahren mit
Gutachten



Der im Vergleich zur Erstinstanz relativ hohe Anteil an den von den Klägern eingebrachten Gutachten erklärt sich aus dem System des Berufungsverfahrens, war doch der Berufungskläger im ersten Verfahren unterlegen, so daß er jetzt seine Rechtsansprüche mit neuen Gutachten zu begründen versucht.

Insgesamt ist der Anteil an neuen Gutachten im Berufungsverfahren aber sehr gering. Die entscheidenden Richter bezogen sich bei ihrer Urteilsbegründung im wesentlichen auf die Gutachten der Erstinstanz.

In 24 Verfahren waren die im Unfallversicherungsrecht bedeutenden Fragen des Kausalzusammenhanges von Beruf, Unfall und Körperschaden zu klären. Nur in 11 Fällen bestätigte das Gericht einen haftungsbegründenden und haftungsausfüllenden Tatbestand.

Einen Beweis Antrag nach § 109 SGG, an den das Gericht gebunden ist, und der dem Versicherten die gutachtliche Anhörung eines bestimmten Arztes garantiert, wurde in der Erstinstanz in 7 Fällen, in der Berufungsinstanz in 2 Fällen gestellt.

Einmal konnte dadurch der Kläger ein Verfahren der Erstinstanz für sich entscheiden, unterlag aber in der daraufhin von der Berufsgenossenschaft eingelegten Berufung. Im Berufungsverfahren führte der Antrag gemäß § 109 einmal insoweit zum Erfolg des Versicherten, als die berufungsklagende Berufsgenossenschaft daraufhin ihre Klage zurücknahm und einem Vergleich zustimmte.

In den restlichen 7 Fällen konnten die Kläger das Verfahren mit diesen Anträgen nicht für sich entscheiden.

2. Urteile aus den Kammern für Rentenversicherungsrecht

Hier wurden je 50 Berufungsklagen aus der Kammer für die Arbeiterrentenversicherung (ArRV) und der Angestelltenrentenversicherung (AnRV) ausgewertet.

Erledigung der Berufungsklagen

Die Erledigung der Klagen im Rentenversicherungsrecht werden in den Tabellen 23 und 24, nach ArRV und AnRV getrennt, dargestellt.

<u>Tabelle 23:</u>	<u>ArRV</u>	<u>Tabelle 24:</u>	<u>AnRV</u>
Urteile:	17	Urteile:	37
Vergleiche:	7	Vergleiche:	6
Rücknahmen:	26	Rücknahmen:	7
<u>zusammen</u>	<u>50</u>	<u>zusammen</u>	<u>50</u>

Aus dem Bereich der ArRV wurden nach diesen Tabellen wesentlich mehr Klagen zurückgenommen.

Erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist der hohe Anteil an ausländischen Arbeitnehmern bei der ArRV bei den Klägern. 24 Kläger, beinahe 50 Prozent, waren Ausländer, von denen schließlich 15 (62%) aber ihre Klage wieder zurückgenommen hatten.

In der AnRV klagten nur Angestellte deutscher Staatsangehörigkeit.

In den Berufungsklagen wurden von den Versicherten folgende Anträge gestellt:

Tabelle 25

	ArRV	AnRV
Berufsunfähigkeit:	19	13
Erwerbsunfähigkeit:	21	5
Anrechnung der Versicherungszeit:	6	19
sonstige	11	14

Es ist bei Tabelle 25 zu erwähnen, daß in mehreren Klagen sowohl auf EU als auch auf BU geklagt wurde.

Zur Art der Entscheidung eine Gegenüberstellung in der Tabelle:

Tabelle 26

	ArRV	AnRV
Berufung stattgegeben:	4	5
Berufung abgewiesen:	11	30
Berufung unzulässig:	2	2
zusammen	17	37

Die Erfolgsbilanz war für den Berufungskläger in der ArRV und der AnRV mit 4 bzw. 5 positiven Entscheidungen annähernd die gleiche.

Auf die eingelegten Klagen bezogen war es aber nur ein Prozentsatz von 8% bzw. 10%.

Wie vorher bei der Unfallversicherung, muß aber auch hier der Anteil der Beklagtenberufungen berücksichtigt werden.

Tabelle 27 Erfolgreiche Berufungen

<u>Kläger</u>	<u>ArRV</u>	<u>AnRV</u>
Versicherungsnehmer	1 (41)	2 (42)
Versicherungsträger	3 (9)	3 (8)

In Klammern werden die von den Klägern insgesamt eingelegten Berufungen ausgewiesen und verdeutlichen dadurch die unterschiedliche Erfolgsbilanz.

So konnte der Versicherungsträger 33% bzw. 37% seiner Klagen gewinnen, während es beim Versicherungsnehmer nur 2,5% bzw. 4,7% waren.

Bedeutung der Gutachten im Gerichtsverfahren

In 36 Verfahren der ArRV und in 14 Verfahren der AnRV wurde von den Prozeßbeteiligten mindestens ein Gutachten eingebracht.

Tabelle 28 zeigt, wie oft die einzelnen Parteien beteiligt waren und wieviele Gutachten insgesamt von ihnen vorgelegt wurden. In Klammer wurde die Anzahl der Gutachten gesetzt, welche für das Gericht überwiegend entscheidungserheblich waren.

Tabelle 28 Gutachten Erstinstanz (je 50 Klagen)

	Verfahren		Gutachten insgesamt	
	ArRV	AnRV	ArRV	AnRV
Gericht	25 (21)	13 (8)	27	13
Kläger	19	2	19	2
Beklagter	29 (1)	13	30	13

Abbildung 14

Anzahl der
Verfahren

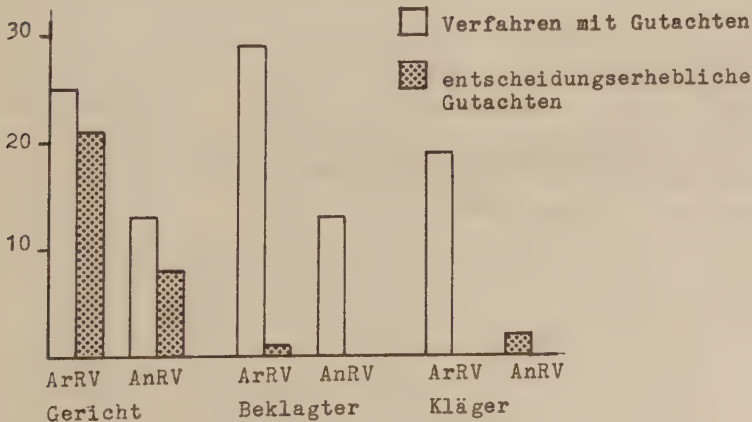


Abbildung 14 zeigt uns, ganz ähnlich wie in der Unfallversicherung, welche Bedeutung das Gericht den von ihm bestellten Gutachtern bei der Entscheidung zuschreibt.

Diese Tendenz findet auch in den Berufungsurteilen ihre Bestätigung.

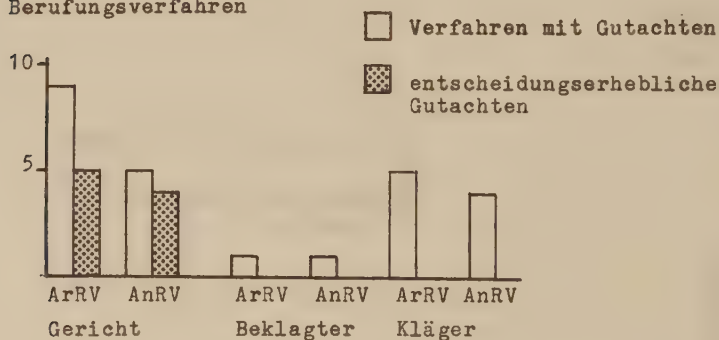
Tabelle 29 Berufungsinstanz und ihre Gutachten

	ArRV	AnRV
Gericht	9 (5)	5 (4)
Kläger	5	4
Beklagter	1	1

Die entscheidungserheblichen Gutachten sind wieder in Klammer gesetzt.

Abbildung 15

Anzahl der
Berufungsverfahren



In der ArRV stellten die Kläger je einmal in der Erstinstanz und in der Berufungsinstanz einen Antrag gemäß § 109 SGG.

In der AnRV erfolgten diese Anträge zweimal in der Erstinstanz.

In keinem dieser Fälle konnte der Kläger aufgrund dieser Anträge im Verfahren obsiegen.

VI. DISKUSSION

1. Allgemeiner Überblick

Im Kapitel "Eigene Untersuchungen" wurde der sozialmedizinischen Auswertung einzelner Krankheitsbilder ein allgemeiner Überblick über die gesamte Gutachtertätigkeit am ZKH Gauting vorangestellt.

Dies geschah mit der Absicht, Umfang und Bedeutung der medizinischen Begutachtung am ZKH Gauting aufzuzeigen, und unter Umständen dem einen oder anderen Gutachter Ansatzpunkte für die eigene Fortbildung zu geben, muß doch zur objektiven Beurteilung eines Einzelfalles auch dessen sozialmedizinischer Umfang gesehen werden.

Eine breite Analyse der vorgelegten Daten erscheint mir insoweit überflüssig, als die ausgewerteten Zahlen und Daten eine klare Aussage treffen.

Welche Rückschlüsse lassen sich aber für die medizinische und juristische Arbeit ziehen?

In erster Linie sind hier die schwerpunktmäßigen Krankheitsbilder zu erwähnen, die sich schon aus der Aufgabenstellung des Gautinger Krankenhauses ergeben und deshalb für den bearbeitenden Gutachter kein Neuland darstellen dürften. Die Kombination aber von Krankheitsbild - Geschlecht - Alter - Beruf könnte Ansatzpunkte für eine intensive Auseinandersetzung mit den einzelnen Berufsbildern bieten und dadurch präventive arbeitsmedizinische Maßnahmen fördern.

Eine Aufgabe, die interdisziplinär zwischen Medizinern und juristischen Entscheidungsträgern zu erfolgen hat und in Gauting mit den betreffenden Berufsgenossenschaf-

ten auch geführt wird.

Für Versicherungsnehmer, Versicherungsträger und den medizinischen Gutachter wird der fortwährende Dialog immer fruchtbar sein. Die Tuberkulin-Prüfung bei Berufseinstellung sei hier als Beispiel angeführt.

Des weiteren ist es für den Gutachter wichtig, seine Arbeit im System der Rechtsanwendung zu erkennen. Der Schwerpunkt der Gautinger Gutachten liegt hier im Bereich des Unfallversicherungsrechts mit seinen besonderen Problemkreisen der Zusammenhangsfrage.

Das Problem der "Kostenexplosion" im Gesundheitswesen sollte jeder verantwortungsbewußte Mediziner bei seiner Berufsausübung beachten; bei der Gutachtertätigkeit darf er sich davon aber nicht beeinflussen lassen.

Hat ein Patient infolge seiner Krankheit einen Anspruch auf finanzielle Zuwendungen, so muß er diesen auch durchsetzen können. Es kann deshalb nicht eine sozialpolitische Aufgabe des Arztes sein, bestehende Erkrankungen aus falsch verstandenen volkswirtschaftlichen Erwägungen bagatellisieren zu wollen.

Die Ausführungen zu Erst- und Mehrfachbegutachtungen sowie die Analysen zu MdE-Höhen und Verschiebungen dürfen deshalb nicht mißverstanden werden. Sie sind weniger unter dem Aspekt der Rentenhöhe für den Betroffenen zu werten, vielmehr spiegeln sie die Erfolge ärztlicher Behandlungsmethoden und der Rehabilitation wider.

Auch der Mediziner braucht sich deshalb vor solchen Zahlen nicht zu verschließen, ohne gleich in den Verdacht zu geraten, sich sozialpolitisch beeinflussen zu lassen.

Im Gegenteil: die Rentenhöhe soll dem Arzt ein Katalysator für seine therapeutischen Anstrengungen sein.

2. Die Begutachtung der Tuberkulose

In der Regel wird die Tuberkulose durch Tröpfcheninfektion der Tuberkelbakterien vom Typ *Mycobacterium tuberculosis* und, heute in selteneren Fällen, *Mycobacterium bovis* übertragen.

Sie zählt daher auch zu den Infektionskrankheiten, die gemäß § 551 I RVO i.V.m. Nr. 3101 BeKV entschädigungspflichtig sind,

"wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war."

Diese Formulierung der Nr. 3101 BeKV soll hier besonders betont werden, erfaßt sie doch Umfang und Aussagewert der vorangegangenen Untersuchungen Gautinger Gutachten.

Die Tuberkulose konnte nicht in ihrer gesamten sozialmedizinischen Breite ausgewertet werden, sondern nur im Rahmen ihrer Relevanz als anerkannte Berufskrankheit.

Der Stellenwert der Tuberkulose als Berufskrankheit im Gesamtkontext dieser Krankheit wird andererseits durch die Ausführung von Marx (19) betont, daß die Tuberkulose heute als Ersterkrankung meist am Arbeitsplatz erworben wird.

Die Dimension der Tuberkulose im Gesundheitswesen ist heutzutage als gering einzuschätzen. Blaha (3) weist auf den historischen Weg vom Mortalitäts- über das Invaliditäts- zum Rehabilitationsproblem hin. Letzteres hat sich in unserer Zeit dank der Chemotherapie in ein Erfassungs- und Therapieproblem manifestiert.

Aber gerade die rasche und erfolgreiche Therapieentwicklung stellt sich heute neben der Zusammenhangsfrage als ein Hauptproblem der Begutachtung dar. C l a u b e r g (8) warnt davor, die therapeutischen Erfolge durch ein oft zu hohes Ansetzen der MdE seitens der Gutachter unterzuwerten. Vielmehr muß die Begutachtung mit den Erfolgen der Chemotherapie korrelieren.

Wenden wir uns aber zunächst dem Ausgangspunkt der Begutachtung, der Frage des Juristen zu, ob der Versicherte sich bei seiner Berufsausübung mit Tuberkelbakterien infiziert hat. Um unterschiedliche wissenschaftliche Definitionen zu überwinden, um Medizinern und Juristen mit einer einheitlichen Nomenklatur die Arbeit zu erleichtern, hat das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (10) für die verschiedenen Formen der Infektion folgende Begriffsdefinitionen aufgestellt:

Eine Erst- bzw. Primärinfektion ist u.a. dann anzunehmen,

- wenn eine mit vergleichbarer Technik durchgeführte bis dahin negativ ausgefallene Tuberkulinprobe positiv wird;
- wenn klinisch bzw. röntgenologisch im Krankheitsgeschehen im Sinne der Bipolarität der Primärkomplex wahrscheinlich gemacht wird;
- wenn keine Anzeichen für eine bereits früher abgelaufene Tuberkulose vorliegen.

Unter Reinfektion versteht man eine exogene Neuinfektion infolge erneuter Aufnahme von Tuberkulosebakterien mit Neuherdbildung bei inzwischen erloschener Tuberkulinallergie.

Eine Superinfektion kann sowohl bei einer noch aktiven, aber nicht mehr fortschreitenden, als auch bei einer ruhenden Tuberkulose durch genügend neue Bakterienzufuhr

ausgelöst werden, wie angenommen wird.

Primär-, Neu- und Superinfektion können zur Anerkennung einer Berufskrankheit führen.

Die Exacerbation, das Aufflackern tuberkulöser Herde aus exogener oder endogener Ursache mit der Möglichkeit der Ausbildung weiterer Schübe kann nach den "Gesichtspunkten zur Nomenklatur der Tuberkulose" nur für die Anerkennung eines Arbeitsunfalles in Betracht gezogen werden.

Bei den Gautinger Gutachten handelte es sich in erster Linie um Fälle der Primär- bzw. der Reinfektion (S. 44). Bei der Klärung der Zusammenhangsfrage sahen sich die Gutachter auch hier den in der Literatur angeführten Schwierigkeiten konfrontiert. Die Tatsache, daß bei dem Gautinger Patientenkollektiv von 29 Erstbegutachtungen mit Tuberkulose-Diagnose nur in 7 Fällen (= 24,1%) eine Berufskrankheit anerkannt werden konnte, weist auf die besonders strengen Anforderungen hin, die an den Nachweis des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Tuberkuloseerkrankung und der beruflichen Exposition gestellt werden. So verlangt auch G ü n t h e r (13) für jeden Einzelfall einen durch bestimmte konkrete Tatsachen erwiesenen oder wahrscheinlich gemachten Nachweis.

In der Regel kann dieser aber nur dann geführt werden, wenn im Rahmen der Berufseinstellung, also vor Beginn der Berufstätigkeit, die Tuberkulinallergie getestet wird, um das eventuelle Vorliegen einer Erstinfektion zu dokumentieren. Ersatzweise kann solch ein Prozeß auch röntgenologisch erfaßt werden.

Liegen solche medizinische Unterlagen nicht vor, kann die Anerkennung einer Berufskrankheit nur im Falle einer Su-

perinfektion erfolgen, wenn nicht gerade der Tuberkeltyp *Mycobacterium bovis* bei vorangegangener landwirtschaftlicher Tätigkeit nachgewiesen wird (C l a u b e r g, 7).

Was theoretisch als selbstverständlich erscheint und praktisch leicht umzusetzen wäre, erweist sich in der Realität wenig erprobt.

Die in Gauting begutachteten Patienten beweisen, wie wenig der Tuberkulintest selbst da durchgeführt wird, wo er wirklich zur Routine gehören sollte. Bei 28 im Gesundheitsdienst tätigen Patienten war nur in einem Fall ein Tine-Test für den Gutachter nachweisbar (S. 42). Ein bedauernswerter Zustand, dem der Gutachter machtlos gegenübersteht und bei dem der betroffene Patient den Schaden hat.

Wurden in Gauting, wie oben ausgeführt, im Jahre 1978 24% der angezeigten Tuberkulosefälle als Berufskrankheit anerkannt, so korreliert diese Zahl in etwa mit derjenigen, welche W a g n e r (40) für das Jahr 1978 für alle in der Bundesrepublik Deutschland erfaßten Fälle der Nr. 3101 BeKV anführt. Danach waren 3542 Fälle angezeigt und 1060 (= 29%) anerkannt worden.

Die Gautinger Altersstatistik bestätigte, daß von Tuberkulose vorwiegend Männer ab dem 40. Lebensjahr betroffen sind (M a r x, 19). Aus Tabelle 9 (S. 41) kann die Zahl der betroffenen Männer ab 41 Jahren entnommen werden, wobei es sich um 39 Patienten (= 73,6%) handelte.

Bei den Frauen hingegen lag das häufigste Alter der Erkrankten zwischen 21 und 30 Jahren mit 12 Patientinnen (= 60%). Die Erklärung findet sich in den ausgeübten Berufen der Frauen, die alle in der Krankenpflege tätig waren.

Da die Frauen in der angesprochenen Altersgruppe auf dem Arbeitsmarkt am aktivsten sind, und sich mit zunehmendem Alter mehr familiären Verpflichtungen widmen, erklärt sich wohl die geringe Beteiligung weiblicher Erkrankter an den nachfolgenden Altersgruppen.

Ein weiterer Schwerpunkt jeder Gutachtertätigkeit liegt in der vom Mediziner vorzuschlagenden MdE.

Grundlagen für die Bemessung der MdE sind an anderer Stelle bereits ausführlich dargelegt worden (S. 9ff).

Auch die chemotherapeutischen Erfolge bei der Bekämpfung dieser Krankheit sind angesprochen worden, die es heute ermöglichen, die Infektionskette unverzüglich zu unterbrechen und Erkrankungen an Tuberkulose mit Bakterienausscheidung innerhalb von 2 bis 3 Monaten zu "entseuchen" (B l a h a, 1).

Die Festsetzung der MdE nach Inaktivierung der Krankheit hat sich deshalb nach M a r x an diesen neuen Gesichtspunkten zu orientieren und kann nicht mehr an überholten Vorschlägen wie in den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Versorgungswesen" (6) festhalten. Hier geht man noch von einer wesentlichen Besserung "nach etwa 5-jähriger Inaktivität" aus.

Dies stellt auch S e i d e l (36) nachdrücklich fest, wenn er betont, daß der Ausgangsbefund alleine heute praktisch ohne Bedeutung ist. Mit der Verletztenrente solle die Erwerbseinbuße durch den Ausfall einer körperlichen Funktion ausgeglichen werden, und dies kann im Falle der Tuberkulose nur mit der Lungenfunktionseinbuße gemessen werden.

Aus der von S e i d e l (36) erarbeiteten MdE-Tabelle einige Auszüge:

Tabelle 30

1. Staffelung der MdE bei komplikationslosem Verlauf, je nach Ausdehnung des Befundes		
nach Entlassung	3-6 Monate	50%
weitere	3-6 Monate	30%
anschließend	unter	20%
2. bei ausgedehnten Prozessen, evtl. mit langsamer Rückbildungstendenz		
anfänglich		100%
nach Entlassung	6 Monate	75%
weitere	6 Monate	50%
3. Nachuntersuchung; dem Befund entsprechend Abbau der MdE		
noch 6 Monate		30%
anschließend	unter	20%
oder Dauerrente		30-50%
4. einzelne Restherde	unter	20%
5. Schrumpfung oder Resektion der OL-Segmente 1-3		20-30%
6. bei Unterlappen-Segmenten		30-50%
7. Ausfall der Lunge		50-70%
8. Pleuraschwarte je nach Ausmaß		20-50%
9. Beteiligung beider Lungen mit Funktionseinschränkung		30-50-80-100%

Diese neuen Maßstäbe der Begutachtung, bedingt durch die gute Prognose der Krankheit, ist auch den Gautinger Gutachten zu entnehmen. Es sei auf die Untersuchungsergebnisse verwiesen (S. 42 ff).

Danach waren 52,1 Prozent der Patienten nicht länger als 5 Jahre und fast 40 Prozent nicht länger als 3 Jahre erkrankt.

Dank der erfolgreichen Chemotherapie hatte sich das Krankheitsbild so verbessert, daß nach der Begutachtung in Gauting 56,8 Prozent der Patienten unter die rentenpflichtige Grenze von 20% MdE eingestuft werden konnten.

Die Verschiebung der MdE geht deutlich aus Abbildung 6 (S. 43) hervor und läßt folgende Schlußfolgerung zu:

- Der Gesundheitszustand hatte sich bei einem Großteil der Patienten seit der letzten Begutachtung wesentlich gebessert.
- Die MdE-Höhe konnte deshalb merklich gesenkt werden.
- Relativ wenige Fälle verblieben als Dauerschäden in der Statistik.
- Die MdE-Bewertung hat nach der gegebenen Lungenfunktions-einbuße und nicht nach alten Ausgangsbefunden zu erfolgen.
- Ältere MdE-Tabellen bedürfen einer kritischen Überarbeitung, da die Prognose der Krankheit heute wesentlich günstiger als früher ist.

3. Die Begutachtung der Silikose

In der BRD mußte die Silikose im Jahre 1978 in 32145 Fällen als Berufskrankheit entschädigt werden; sie war damit die am häufigsten betroffene Krankheit im Rahmen der BeKV (W a g n e r, 40).

Diese Bedeutung läßt sich auch in der Statistik der Gautinger Gutachten erkennen: 35,4 Prozent der Männer kamen mit dem Verdacht auf Silikose zur Begutachtung.

Freie kristalline Kieselsäure (SiO_2), meist als Quarzstaub oder quarzhaltige Mischstäube in der Teilchengröße von $0,5\mu$ - 2μ (bis maximal 6), bildet den Ursachenfaktor für die Silikose. Durch die Eigenschaft des silikogenen Staubes die phagozytierenden Makrophagen aufzulösen, kommt es zum Liegenbleiben in den Lymphgefäßen und zur Depotbildung in denselben. Die Reaktion des Gewebes besteht in einer Granulombildung im gesamten Lungenbereich.

Zu den besonders gefährdeten Berufen zählt daher jede Steinverarbeitung, die mit einer silikogenen Staubentwicklung verbunden ist. Auch die Berufe des Bergbaues sind stark betroffen, wobei aber bei der Arbeit unter Tage im Rahmen der Arbeitsanamnese nicht die Kohlenstaubexposition, sondern nur die des silikogenen Steinstaubes relevant ist. In den Gautinger Gutachten wurde dieser Punkt immer wieder besonders hervorgehoben.

Die Auswertung der Expositionszeiten (S. 46) ergab ein breites Spektrum und bestätigte damit die Ausführungen von M a r x (19). Danach erkrankt nicht jeder, der in silikosegefährdeter Luft arbeitet, und, je nach der Disposition eines jeden, ist die Erkrankung bereits nach ein bis zwei Jahren, aber auch erst sehr viel später möglich. Selbst Jahre nach Beendigung der gefährdeten Arbeit ist

ein Auftreten der Krankheit noch möglich.

Im Gautinger Kollektiv verzeichnete man vorwiegend die hohen Altersgruppen, was auch auf die seit Jahren aufgelassenen Bergwerke Oberbayerns zurückzuführen ist, andererseits aber auch die Behauptung eines verzögerten Krankheitseintrittes bestätigte.

Gemäß Nr. 4101 BeKV ist die Quarzstaublungenenerkrankung (Silikose) entschädigungspflichtig; eine weitere Definition ist nicht normiert. In seinem Urteil vom 22.08.1963 hat das BSG aber klargestellt, die Silikose nur dann zu entschädigen, wenn die Lungenveränderungen die Atmung oder den Kreislauf beeinträchtigen. Die röntgenologische Gradeinteilung kann deshalb nicht alleinige Grundlage der MdE-Bewertung sein.

U l m e r (39) schlägt vor, die Funktionsbeeinträchtigung bei Bergleuten mit röntgenologischen Silikosezeichen ab Kategorie 3 (bei p = pin-head Formen), auch ab Kategorie 2 - 3 als Berufskrankheit zu berenten.

Daß dieser Vorschlag kein starres Schema sein kann, folgt aus den untersuchten Gutachten.

Die Tabellen 13 und 14 stellen der vorgeschlagenen MdE die einzelnen Fälle mit ihren röntgenologischen Graden gegenüber.

Die Silikosegrade I bis III bedeuten dabei nach
H e g g l i n (14):

Grad I: Vergrößerung der Hiluslymphknoten mit eventueller feiner, fleckig-retikulärer Zeichnung in der Peripherie.

- Grad II: Dichtstehende, noduläre Verschattungen in beiden Lungen, vor allem in der Peripherie und der Intermediärzone der Mittelfelder (Schneegestöber).
- Grad III: Konfluierende, homogene Verschattungen, harte Streifen, kleinfleckige Knötchen, Schrumpfung und Verziehungen, überhelle Zonen, pleurale Adhäsionen, Ballungen.

Bei der ILO U/C Klassifikation bedeuten:

- Typ p: rundliche Schatten bis zu einem Durchmesser von 1,5 mm;
- Typ q: rundliche Schatten von 1,5 mm bis 3 mm Durchmesser;
- Typ r: rundliche Schatten von 3 mm bis 10 mm Durchmesser;

Streuung:

- Kategorie 0: kleine rundliche Schatten fehlen oder sind weiter gestreut als in Kategorie 1;
- Kategorie 1: kleine rundliche Schatten eindeutig vorhanden, aber gering an Zahl;
- Kategorie 2: zahlreiche kleine rundliche Schatten. Die normale Lungenzeichnung ist gewöhnlich noch sichtbar;
- Kategorie 3: sehr zahlreiche kleine rundliche Schatten. Die normale Lungenzeichnung ist teilweise oder ganz verdeckt.
- Gruppe A: Eine oder mehrere Verschattungen, deren größter Durchmesser 1 bis maximal 5 cm beträgt;
- Gruppe B: eine oder mehrere Verschattungen, größer als in Gruppe A, deren Gesamtheit nicht mehr als

ein Drittel eines Lungenfeldes bedeckt;
Gruppe C: eine oder mehrere Verschattungen erstrecken
sich über mehr als ein Drittel eines Lungen-
feldes.

Für die geringe Aussagekraft der röntgenologischen Grad-
einteilung auf die tatsächliche Funktionseinbuße der Lunge
ein Beispiel aus Tabelle 13 (S. 47).

So waren hier 3 Fälle mit der Gradeinteilung II bis III zu
verzeichnen; bei zwei Fällen davon war aber keine Funktions-
einbuße gegeben und die vorzuschlagende MdE mit 0 Prozent
anzusetzen.

Der dritte Patient mit der gleichen Gradeinteilung hatte
dagegen so erhebliche kardiopulmonale Funktionseinbußen,
daß der Gutachter eine MdE von 100 Prozent vorschlagen
mußte.

Ein weiteres Beispiel aus Tabelle 14 (S. 48):

Ein Patient mit dem festgestellten röntgenologischen Grad
q r 2-3/ q r 2 bei dem wegen fehlender Funktionseinbuße
eine MdE von 0 Prozent vorgeschlagen werden konnte und
ein anderer Patient mit dem Grad 0 / q 1-2 aber einer
festgestellten MdE von 60 Prozent.

Der röntgenologische Silikosegrad muß demnach nicht mit
der kardiopulmonaren Funktionseinbuße korrelieren und ist
daher als alleiniges Kriterium für die Feststellung einer
MdE unbrauchbar.

4. Die Begutachtung der Farmerlunge

Obwohl das Krankheitsbild der Farmerlunge nur mit 15 Prozent an den Gautinger Begutachtungen beteiligt war, erschien mir ihre Auswertung im Rahmen dieser Arbeit aus mehreren Gründen wichtig.

Zum einen ist sie eine "neue" Berufskrankheit, da erstmals ab 1.1.1977 als Nr. 4201 in die Berufskrankheitenliste der BeKV aufgenommen; allerdings waren schon vor diesem Termin insgesamt 58 Fälle von "Drescherlungen" über die Generalklausel des § 551 Abs. 2 RVO als Berufskrankheit anerkannt worden (T h ü r a u f, 38).

Zum anderen waren 33,3 Prozent aller in Gauting begutachteten Frauen mit Verdacht auf Farmerlunge vorgestellt worden.

Letztlich stellt die Farmerlunge den Gutachter vor nicht unerhebliche diagnostische Probleme, die er manchmal nicht zu lösen vermag.

Mit der Feststellung und Mahnung "Aspergillenkrankheiten, Farmerlunge, sarkoidähnliche Reaktion, interstitielle Pneumonie und Fibrose, Kollagene können ineinander übergehen, können Überlappungen aufweisen" ruft B l a h a (3) die Sozialmedizin und die sozialpolitische Judikatur dazu auf, sie "sollte nicht zu sehr auf die Ärzte bauen. Es sei denn, Ärzte würden als Instrument betrachtet, was nicht den Bedürfnissen der Heilkunde, sondern den nachrangigen Bedürfnissen der sozialpolitischen Entscheidung dient."

Trotz oder wegen dieser Schwierigkeiten weist die Statistik der BRD (W a g n e r, 40) einen hohen Prozentsatz erst-

mals anerkannter Fälle aus.

1977 verzeichnete man von 33 angezeigten Fällen 14 anerkannte Fälle (46,6%), 1978 lautete das Verhältnis 50 zu 17 (34,0%).

Zum Vergleich die Gautinger Begutachtung 1978:

26,3 Prozent wurden als Berufskrankheit vorgeschlagen, bei dem gleichen Prozentsatz hielt man das Vorliegen einer Farmerlunge für wahrscheinlich und legte die Entscheidung in das freie Ermessen der Juristen.

Als betroffenen Personenkreis nennt M a r x (19) Männer im mittleren Lebensalter. Eine Feststellung, die zumindest für das Gautinger Kollektiv nicht zutrifft.

Mit positivem oder wahrscheinlich gehaltenem Krankheitsbild überwogen anzahlmäßig die Frauen gegenüber den Männern (S. 49).

Im mittleren Lebensalter von 41 bis 50 Jahren waren beide Geschlechter stark vertreten, Überraschend aber ist der hohe Anteil der Frauen im Alter zwischen 51 und 60 Jahren, während die Männer hier unterrepräsentiert sind.

Inwieweit diese Beobachtungen verallgemeinert werden können muß hier offen bleiben, handelt es sich bei dieser Untersuchung doch nur um 19 Patienten.

Den besonderen Schwerpunkt eines jeden Gautinger Gutachtens stellte die eingehende Arbeitsanamnese dar, wie sie auch W a g n e r (40) fordert. Da der Farmerlunge eine Immunreaktion des Lungenparenchyms zugrunde liegt, bei welchem in feucht gelagertem Heu, Stroh oder Getreide aus Schimmelpilzen gebildeter Staub als Antigen wirkt, mußte aus der Anamnese eine berufliche Tätigkeit mit diesen Substanzen nachgewiesen werden.

Auch auf das jahreszeitliche Auftreten der Krankheit ist zu achten, da die Beschwerden vorwiegend in den feuchten

Monaten des Herbstes, Winters und Frühjahrs den Patienten besonders zu schaffen macht.

Kann die Diagnose gestellt und ein Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit aufgezeigt werden, ist die Krankheit entschädigungspflichtig.

Die vorgeschlagenen MdE-Höhen der Gautinger Gutachten erfaßten nahezu alle Grade von 100% MdE bis 10% MdE.

Durch die geringe Anzahl von Nachuntersuchungen konnte eine Prognose über den Heilungsverlauf anhand von MdE-Verschiebungen nicht aufgezeigt werden (S. 50).

5. Die Urteile des Landessozialgerichts München

Die vorliegende Auswertung der Urteile aus dem LSG München kann die umfassende Bedeutung der medizinischen Begutachtung im Gerichtsverfahren nur in einigen Punkten aufzeigen.

So ist es mit dieser Arbeit nicht möglich, eine von W i l d e (41) aufgezeigte Lücke zu schließen und den Einfluß ärztlicher Gutachten auf richterliche Entscheidungsvorgänge in ihrer ganzen Bedeutung zu untersuchen. Diese Arbeit kann nur Ergebnisse richterlicher Entscheidungen fixieren, den Entscheidungsprozeß selber aber nur im Rahmen der richterlichen Urteilsbegründung teilweise nachvollziehen.

Vorweg muß nochmals betont werden, daß es sich bei den bearbeiteten Urteilen um Verfahren der Zweitinstanz handelte. Die Auswertungen einzelner Verfahrenspunkte können deshalb nicht auf erstinstanzliche Verfahren übertragen werden. Entsprechende Vergleichsdaten konnten aus den eigenen Untersuchungen nicht in allen Punkten ermittelt werden.

Aufschlußreich ist aber ein Vergleich mit Daten, die S c h a e f e r (29) aus 50 Sozialgerichtsverfahren der Erstinstanz aus dem Bereich der Unfallversicherung ermittelte, und denen ich meine Ergebnisse aus dem gleichen Rechtsgebiet (100 Fälle) gegenüberstellen kann.

Bei den von Schaefer ausgewerteten erstinstanzlichen Verfahren legten die Beteiligten 23 mal Berufung ein.

Tabelle 31 zeigt die Erledigung dieser Berufungsklagen:

Tabelle 31: Erledigung von 23 Berufungen (nach Schaefer)

Rücknahme der Berufung:	14 Fälle	(60,9%)
Vergleich:	4 "	(17,4%)
Urteile:	5 "	(21,7%)

Diese Zahlen von Schaefer decken sich nur bedingt mit meinen, aus einem doppelt so großen Kollektiv ermittelten Daten (S. 52, Tabelle 17).

Prozentual gesehen gab es bei meinem Untersuchungsgut doppelt so viele Endurteile und nur die Hälfte an Klagerücknahmen im Vergleich zur Auswertung Schaefers.

Übereinstimmende Tendenzen zeigen die Analysen der erfolgreichen Verfahren.

In meiner Untersuchung lag die Erfolgsbilanz der Berufsgenossenschaften mit 25,0% erfolgreichen Berufungen ungleich höher als bei den Versicherungsnehmern mit 5,7% (S. 53, Tabelle 19).

Im Verfahren der Erstinstanz scheinen die Versicherungsträger eine noch günstigere Ausgangsposition zu haben. So obsiegten nach Schaefer die Berufsgenossenschaften in 66% der Fälle völlig, die Versicherungsnehmer aber nur in 14% ihrer eingelegten Klagen. Teilerfolge sind hier, wie in meiner Auswertung, nicht enthalten.

Schaefer fiel die hohe Bereitschaft der Versicherten zur Klagerücknahme auf, was sich bei der vorliegenden Arbeit deutlich im Rahmen der Arbeiterrentenversicherung gezeigt hat.

Aus beiden Untersuchungen wird sichtbar, daß sich die Versicherungsnehmer gegenüber der Rechtsprechung unsicherer zeigen und eher bereit sind, durch Klagerücknahmen ihre

Ansicht zu revidieren, während die Berufsgenossenschaften konsequenter und erfolgreicher ihre Rechtsposition zu vertreten wissen.

Das oben Erarbeitete bestätigt sich bei Auswertung der Urteile aus dem Rentenversicherungsrecht (S. 58).

Eine sehr hohe Bereitschaft, die einmal eingelegte Berufung zurückzunehmen, zeigten die Arbeiter, wie dies in 52% der Fälle geschah. Demgegenüber die Angestellten mit nur 14% der zurückgenommenen Verfahren.

Eine Erklärung könnte sich in dem hohen Anteil von 48% ausländischer Arbeitnehmer bei den Arbeitern finden. Unter Umständen spielen multiple Faktoren bei dieser Personengruppe mit, die das Vertrauen auf die Rechtsprechung und die konsequente Durchsetzung eines einmal eingeschlagenen Weges mindern.

Sprachliche Schwierigkeiten bei der Erfassung des angefallenen Schriftwechsels, Angst vor nicht einschätzbaren Verfahrenskosten, aber auch die lange Dauer von Sozialgerichtsverfahren, die den ausländischen Kläger oft wieder von der Heimat anreisen lassen muß, stellen mögliche Erklärungsgründe dar.

Vielleicht zeichnen sich aber schon immer im Verfahren die schlechten Erfolgsaussichten ab. 2,5% der Arbeiter und 4,7% der Angestellten (S. 60) konnten ihre Berufungen erfolgreich beenden, während die Rentenversicherungen mit 33% bzw. 37% obsiegten.

Die Häufigkeit der Verfahren mit einer Beteiligung medizinischer Gutachter wurde auf den Seiten 61 und 62 mit den Tabellen 28 und 29 eingehend dargestellt.

Danach mußten sich alleine die Richter aus der Kammer für Unfallversicherungsstreitigkeiten in 64 Verfahren mit 174 Gutachten, das entspricht 2,7 Gutachten pro Fall, auseinandersetzen.

Wie hat ein medizinischer Laie, bestenfalls ein medizinischer Autodidakt, wie ihn der Richter von seiner Ausbildung her darstellt, zu entscheiden, wo liegen die Präferenzen bei dem Ergebnis seines Entscheidungsprozesses?

Nach dem Prozeßrecht, hier § 136 Abs. 1 Ziff. 6 SGG muß das Urteil u.a. Entscheidungsgründe enthalten. Es werden bei dieser Bestimmung aber ebensowenig Einzelheiten über den erforderlichen Inhalt und auch Umfang wie in § 313 Abs. 1 Nr. 4 ZPO genannt. Nach dem Sinn und Zweck dieser beiden Bestimmungen muß sich aber aus den Entscheidungsgründen in irgendeiner Weise entnehmen lassen, warum die gefällte Entscheidung nach der Meinung des Gerichts rechters ist. § 128 SGG liefert einen Hinweis dafür, welche tragenden Gedanken sich aus den Entscheidungsgründen ergeben müssen. Danach hat das Gericht seine Überzeugung aus dem Ergebnis der gesamten Sachermittlung zu bilden und die Gründe anzugeben, die für diese richterliche Überzeugung maßgebend waren. In bündiger Kürze müssen die Entscheidungsgründe alles Nötige enthalten, um den Prozeßbeteiligten eine gedankliche Nachvolziehung der Beweisführung zu ermöglichen, wie sie das erkennende Gericht angestellt hat (P e t e r - S a u t e r - W o l f, 23).

So darf sich die gerichtliche Auswertung medizinischer Gutachten nicht in der bloßen Wiedergabe des wesentlichen Inhalts dieser Gutachten und dem abschließenden Hinweis erschöpfen, daß sich das Gericht diesen Ausführungen der medizinischen Sachverständigen aus eigener Überzeugung

anschließt. Warum das Gericht zu der von ihm getroffenen Entscheidung gelangt ist, geht aus solch einer Darstellung nicht hervor.

Bei der Auswertung von Gutachten ist demnach stets darzulegen, welche tatsächlichen Feststellungen der medizinischen Sachverständigen das Gericht als erwiesen ansieht und damit seiner Entscheidung zugrunde legt. Diese Frage bedarf immer dann einer näheren Erörterung, wenn die Befunde in den verschiedenen Gutachten voneinander abweichen, oder wenn Diagnosen nicht zweifelsfrei feststehen.

Grundlage der Entscheidung muß eine kritische Würdigung der Gutachten sein.

Die richterlichen Pflichten bei der Würdigung ärztlicher Gutachten beinhalten (S c h i m a n s k i, 32):

- a) ohne Bindung an ein bestimmtes ärztliches Gutachten die vorliegenden Expertisen nach ihrem inneren Wert gegeneinander abzuwägen,
- b) die Gutachten daraufhin zu überprüfen, ob sie überzeugend und auch dem Laien verständlich sind,
- c) prüfen, ob die Gutachten einwandfrei sind, das heißt, weder Lücken noch Widersprüche aufweisen, noch fehlerhaft begründet sind, und daß die Schlußfolgerungen des Arztes auf einen entsprechenden Befund gestützt sind.

Den als selbstverständlich klingenden Punkt b) möchte ich an dieser Stelle besonders herausstellen:

§ 184 GVG lautet: "Die Gerichtssprache ist deutsch."

P e l t z (22) weist darauf hin, daß dies auch für die Abfassung von Gutachten gelten sollte.

Zwar ist die Verwendung von Fremdwörtern und lateinischen

Fachausdrücken aus ärztlichen Gutachten bei der Abfassung des Gerichtsurteils für die Bestandskraft des Urteils in der Regel unschädlich, soll aber nach Möglichkeit vermieden werden (Meyer - Ladewig § 139 Rdn 7, 20).

Was von den Richtern verlangt wird, fällt auf die Gutachter zurück, müßte es diesen mit ihrem Fachwissen doch leichter fallen, auch komplizierte Fachfragen in einer verständlichen Sprache auszudrücken.

Nicht so sehr die Richter und Vertreter der Versicherungsträger sehen sich dank ihrer Erfahrung in solchen Verfahren Verständigungsschwierigkeiten ausgesetzt, eher die Rechtsanwälte der Kläger und der Kläger selbst sind davon betroffen.

Wie sollen sie die Erfolgsaussichten einer Klage beurteilen können, wenn sie sich mit Diagnosen folgenden Beispiels konfrontiert sehen, wie es einem Verfahren der Arbeiterrentenversicherung entnommen wurde.

Frage des Richters an den Gutachter (schriftlich):

"Welche Diagnose haben Sie gestellt?"

Wortlaut des Gutachtens:

"Chronische erosive Antrumgastritis. Hypertone Kreislaufstörung. Chronisches LWS-Syndrom mit generalisierter Spondylosis deformans. Rezidivierende Harnwegsinfekte. Chronische Sinusitis maxillaris. Chronische Bronchitis im Sinne eines sinobronchialen Syndroms. Trichomenaden Kolpitis sowie Descensus genitalis mit hühnereigroßer Urethro-Cystocele."

Ein Mediziner wird diese Diagnosen ohne Schwierigkeiten verstehen, was für die betroffene Arbeiterin nicht zutreffen dürfte. Ohne ihren Bildungsstand abwerten zu wollen, wird sie unter Umständen nur die drei Wörter "Kreislaufstörung, Harnwegsinfekt und hühnereigroß" verstanden

haben.

Für den Gutachter ist es deshalb unabdingbar, seine fachlichen Ergebnisse in einer dem Zweck entsprechenden Form auszudrücken. Dies kann nur gelingen, wenn er sich aus seiner fachlichen Isolation befreit und seine Position im Gesamtkomplex richtig einzuordnen weiß. Die richtige Würdigung der Gutachten wird dann allen Verfahrensbeteiligten um einiges leichter fallen.

Andererseits muß sich der Jurist davor hüten, schon durch die Fragestellung seiner Gutachtenanforderung den Mediziner zu einer Beurteilung zu verleiten, die außerhalb seines Fachgebietes liegt.

Ein Beispiel aus den Urteilen der Angestelltenversicherung.
Frage des Gerichts an den Mediziner:

"Ist Ihrer Auffassung nach die Klägerin als berufsunfähig i.S. des § 25 Abs. 2 AVG oder aber als erwerbsunfähig i.S. des § 24 Abs. 2 AVG anzusehen?"

Die Antwort des Gutachters:

"Die Beantwortung dieser Frage bedingt eigentlich eine juristische Würdigung - soweit ich es als medizinischer Gutachter verstehe."

Eine bessere Klarstellung und Abgrenzung der fachlichen Kompetenzen konnte hier der Mediziner seinem juristischen Kollegen kaum geben.

Sooft die Juristen in meinem Untersuchungsgut leider diese falschen Fragestellungen verwendet haben, dies war der einzige Fall, in dem ein Mediziner den Mut zur Selbstbeschränkung und Kompetenzklarstellung hatte.

Die Frage nach der Höhe der Erwerbsminderung, der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit ist keine rein medizinische Frage, denn sie besteht aus einem medizinischen, wirtschaftlichen und juristischen Teil (S c h i m a n s k i, 31).

Aufgabe der medizinischen Sachverständigen ist es deshalb nicht, medizinisch relevante Sachverhalte unter das in Betracht kommende Gesetz zu subsumieren (K r a s n e y, 16), vielmehr kann das ärztliche Gutachten nur ein "Vorschlag" oder zumindest ein Anhaltspunkt für den Juristen bei der Subsumtion des gesamten Sachverhaltes unter das Gesetz sein (W i l d e, 41).

Weder die Verwaltung noch das Gericht sind aus diesem Grunde an die Schätzungen der Sachverständigen über die Höhe der MdE oder der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit gebunden, wie es das BSG in seinem Urteil vom 21.3.1974 (BSGE 37, S. 177) entschieden hat.

Wie eingangs ausgeführt, konnten mit dieser Arbeit nicht die Präferenzen des richterlichen Entscheidungsprozesses nachvollzogen, sondern nur dessen Ergebnis fixiert werden, das in vielen Fällen von den vorgelegten Gutachten abhängig war.

Im Bereich der Unfallversicherung fiel der hohe Anteil der von den Berufsgenossenschaften in der Erstinstanz eingebrachten Gutachten auf (S. 54, Tabelle 21), von denen aber nur jedes zehnte später die richterliche Entscheidung tragen konnte (S. 55).

Auch die von den Klägern beantragten 28 Gutachten konnte das Gericht nur in 3 Fällen als Grundlage seiner Entscheidung verwenden.

Ganz anders war das Ergebnis bei den von dem Gericht angeforderten Begutachtungen.

In 47 Verfahren holte das Gericht insgesamt 64 Gutachten ein. 37 Verfahren wurden daraufhin hauptsächlich aufgrund dieser Gutachten entschieden.

Kam S c h a e f e r (28) bei seinem ausgesuchten Kollektiv auf eine Gutachterzahl von 5,3 Gutachter pro Verfahren, so waren es bei der vorliegenden Arbeit nur 2,7 Gutachter pro Verfahren mit Beteiligung von Sachverständigen. Schaefer erklärte sich diese hohe Zahl mit der Uneinsichtigkeit des Richters in die komplizierten medizinischen Sachverhalte und dem offenbaren Mißtrauen in die "Objektivität" der Gutachter, da sich die Mediziner in 60 Prozent der Fälle widersprochen hatten.

So kam auch bei S c h a e f e r (29) dem letzten Gutachten, in der Regel dem Gutachten des Gerichts, die größte Bedeutung bei.

Folgende Punkte könnten dieses Ergebnis erklären:

Das im Auftrag des Gerichts erstellte Gutachten konnte sich meistens mit den bereits vorliegenden Gutachten auseinandersetzen, dem Richter somit unter Berücksichtigung aller vorgetragenen Argumente eine fachliche Würdigung der unterschiedlichen Meinungen für seine Entscheidung anbieten, die er dann in den meisten Fällen auch für seine Urteilsbegründung übernahm.

Bei den von den Parteien vorgelegten Gutachten fehlte dem Richter oft eine Identifizierungsmöglichkeit mit dem medizinischen Sachverständigen, während ihm die Gutachter des Gerichts aus früheren Verfahren oft persönlich bekannt sind und somit "zuverlässig" erscheinen.

Wie sich aus den Tabellen meiner Untersuchungen ergibt, besteht die entscheidungserhebliche Bedeutung des vom Gericht eingeholten Gutachtens im Bereich der Unfallversicherung und der Rentenversicherung sowohl in der Erst- als auch in der Zweitinstanz des Sozialgerichtsverfahrens.

In welchem Verhältnis hier Kostenaufwand und Effizienz für die einzelnen Prozeßbeteiligten bei der großen Anzahl von Begutachtungen stehen, kann an dieser Stelle nicht diskutiert werden, würde doch damit der gesamte Rechtsweg in Frage gestellt, was nicht im Interesse der Parteien wäre.

Berücksichtigt man aber, daß nur jedes zehnte von den Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungsträgern eingebrachte Gutachten die richterliche Entscheidung tragen kann, so sollte man sich Gedanken darüber machen, ob deren Beitrag zur gerechten Würdigung und Rechtsanwendung im Einzelfall nicht von der Effizienz und dem Kostenfaktor her überprüft werden muß.

VII. ZUSAMMENFASSUNG

Die medizinische Begutachtung im Bereich der sozialversicherungsrechtlichen Verfahren versteht sich nicht als Selbstzweck, sondern findet ihre Bedeutung allein im Rahmen der juristischen Entscheidungsfindung.

Es ist daher für den medizinischen Gutachter unerlässlich, sich über sein Fachgebiet hinaus mit den Rechtsgrundlagen des Sozialversicherungsrechts und der juristischen Arbeitsweise auseinanderzusetzen.

Ähnliches gilt für den mit der Entscheidung betrauten Juristen, der schon vom Gesetz her das medizinische Gutachten nicht als alleinige Entscheidungsgrundlage, als Alibi für eigene Verantwortlichkeiten, ansehen darf. So sollte auch der Jurist immer in der Lage sein, allgemeine Probleme der medizinischen Begutachtung würdigen zu können, ohne damit gleich die Sachkunde des medizinischen Gutachters anzweifeln zu müssen.

Beide Fachrichtungen können die gestellten Anforderungen nur durch ständige Fortbildung und interdisziplinäre Kommunikation bewältigen, wozu die vorgelegte Arbeit einen Beitrag leisten will.

Um die Ergebnisse der eigenen Untersuchungen kritisch würdigen zu können, befaßt sich die Arbeit zunächst mit grundsätzlichen Ausführungen zum Sozialrecht und der Sozialgerichtsbarkeit.

So werden die Anspruchsgrundlagen aus Kranken-, Renten- und Unfallversicherung aufgezeigt und ihre rechtliche Durchsetzbarkeit auf dem Wege der Sozialgerichtsbarkeit erläutert, sowie die wichtigen Tatbestandsmerkmale von MdE, EU und BU anhand der gesetzlichen Definitionen aus der RVO und der Rechtsprechung des BSG konkretisiert.

Um dem Kollektiv der Gautinger Gutachten mit seinem besonderen Schwerpunkt im Bereich der Berufskrankheiten gerecht werden zu können, folgt eine Erörterung der im Unfallversicherungsrecht wichtigen Frage des rechtlichen Zusammenhangs, sowie grundsätzliche Bemerkungen zu den Besonderheiten medizinischen und juristischen Denkens. Anhand des Begriffes "Krankheit" wird die deduktive Denkweise des Juristen der induktiven Methode des Mediziners gegenübergestellt.

Ausführungen über die verfahrensrechtliche Stellung des medizinischen Gutachters und Leitsätze zur Anfertigung von medizinischen Gutachten schließen den allgemeinen Teil der Arbeit ab.

Der erste Teil der eigenen Untersuchungen beginnt mit einer eingehenden Auswertung aller Patientengutachten des Jahres 1978 am ZKH Gauting, um sozialmedizinische Faktoren, das heißt, spezielle Wechselwirkungen zwischen dem erkrankten Individuum und seiner gesellschaftlichen Umwelt, aufzeigen zu können. Dies ist einerseits für die Arbeit der begutachtenden Institution des ZKH Gauting, als auch für die betroffenen Versicherungsträger, wie die Berufsgenossenschaften, im Rahmen der arbeitsmedizinischen Prävention und der Zusammenarbeit bei der Kausalitätsfeststellung von großem Interesse.

In über 80 Prozent der männlichen Patienten mußten die Krankheitsbilder der Tuberkulose, Silikose und der Farmerlunge im Rahmen der UV als Berufskrankheiten begutachtet werden, wobei besonders die 50- bis 60jährigen betroffen waren. Landwirtschaft, Bergbau, Steinverarbeitung und Gesundheitswesen bildeten die betroffenen Berufsgruppen, deren Berufsgenossenschaften auch vorwiegend die Gutachten

angefordert hatten. Bei den Fällen der Erstbegutachtung, in denen eine Entscheidung über die Höhe der MdE anstand, konnte diese nur in knapp 37 Prozent der Fälle vorgeschlagen werden.

Bei den Zweit- und Mehrfachbegutachtungen hatte sich in über der Hälfte der Fälle das Krankheitsbild seit der letzten Begutachtung gebessert, mit der Folge, daß eine Herabsetzung der MdE empfohlen werden konnte.

Bei der gesonderten Auswertung der Tuberkulosepatienten fiel eine Häufigkeit der Erkrankungen bei den 21- bis 30jährigen Patientinnen und bei den 51- bis 60jährigen Patienten auf. Deutlich konnten die Schwierigkeiten bei der Feststellung der Zusammenhangsfrage aufgezeigt werden: von 29 Erstbegutachtungen konnte nur in 7 Fällen die Anerkennung einer Berufskrankheit empfohlen werden, was mit eine Folge unzureichender Einstellungsuntersuchungen ist.

Die gute Prognose der Tuberkulose dank der Chemotherapie ließ sich bei den Zweit- und Mehrfachbegutachtungen anhand der MdE-Höhen ablesen. So lagen vor der Begutachtung 11,7 Prozent der Fälle unter der rentenpflichtigen Grenze von 20 Prozent MdE, nach der Begutachtung aber 56,8 Prozent, was eine wesentliche Verbesserung des Krankheitsbildes bedeutet.

Bei der Auswertung der Gutachten silikoseerkrankter Patienten bestätigte sich anhand der Expositionszeiten die unterschiedliche Reaktion des menschlichen Organismus auf die kristalline Kieselsäure. Daß der röntgenologische Silikosegrad als alleiniges Kriterium für die Festsetzung der MdE unbrauchbar ist, da er nicht mit der kardiopulmonalen Funktionseinbuße korreliert, konnte bestätigt werden.

Die Begutachtung der Farmerlunge stellte die Gutachter in der Regel vor große diagnostische Probleme, ein Grund dafür, daß nur in der Hälfte der Fälle eine Berufskrankheit anerkannt werden konnte. Die eingehende Arbeitsanamnese bildete hier den Schwerpunkt eines jeden Gutachtens.

Der zweite Teil der eigenen Untersuchungen soll durch die Auswertung von 200 rechtskräftigen Berufungsverfahren des LSG München aus den Gebieten der Unfall- und der Rentenversicherung die Bedeutung des Gutachtens bei der juristischen Entscheidungsfindung herausarbeiten und allgemeine Probleme der Verfahrensbeteiligten in der Sozialgerichtsbarkeit erörtern.

Auffallend waren die geringen Erfolgsaussichten des Versicherungsnehmers, eine eingelegte Berufung für sich entscheiden zu können, was auch häufig dazu führte, das Verfahren durch eine Klagerücknahme zu beenden, während die Versicherungsträger ihre Klagen erfolgreicher durchsetzten.

Die Bedeutung des medizinischen Gutachtens für die juristische Entscheidungsfindung konnte anhand der Urteilsbegründung herausgearbeitet und dabei die zentrale Stellung der von den Gerichten angeforderten Gutachten nachgewiesen werden.

Im einzelnen waren von 100 Berufungen aus dem Gebiet des Unfallversicherungsrechts insgesamt nur 8 Klagen erfolgreich, wobei die klagenden Berufsgenossenschaften 25 Prozent ihrer eingelegten Berufungen gewannen, während dies bei den klagenden Versicherungsnehmern nur in 5,7 Prozent der Fälle zutraf.

In 64 Verfahren der Erstinstanz waren insgesamt 174 Gutachten von den beteiligten Parteien und dem Gericht eingebracht worden; 82 Gutachten von den beklagten Berufs-

genossenschaften, 28 von den klagenden Versicherungsnehmern und 64 Gutachten von den Gerichten. Es wird ausgeführt, daß die Gutachten von den klagenden und den beklagten Parteien nur in wenigen Fällen entscheidungserheblich waren, und die Gerichte sich in ihren Urteilen in den meisten Fällen auf die von ihnen angeforderten Gutachten bezogen.

Bei 18 Berufungsverfahren brachten die Parteien insgesamt 19 neue Gutachten in die Rechtstreite ein, in allen übrigen Verfahren wurde auf die Begutachtungen der Erstinstanz zurückgegriffen.

Auch im Bereich der Arbeiter- und Angestelltenrentenversicherung war die Zahl der erfolgreichen Berufungen mit knapp 10 Prozent sehr gering. Bei den Arbeitern fiel die hohe Bereitschaft zur Klagerücknahme in über 50 Prozent der Fälle auf, was besonders für die ausländischen Arbeitnehmer zutraf.

In 50 Verfahren der Erstinstanz waren insgesamt 104 Gutachten vorgelegt worden, von denen, mit einer Ausnahme, nur die von den Gerichten eingeholten Gutachten für das Urteil entscheidungserheblich wurden.

In den Berufungsverfahren forderten die Gerichte 15 neue Gutachten an, wobei für das Endurteil 9 Gutachten entscheidungserheblich wurden, während die von den klagenden und beklagten Parteien eingebrachten 11 Gutachten die Urteile nicht tragen konnten.

Die Ergebnisse der Untersuchungen werden in der anschließenden Diskussion, unter besonderer Berücksichtigung der veröffentlichten Literatur, in ihrer sozialmedizinischen Relevanz erörtert. Dabei kann die vorgelegte Arbeit sozialmedizinische Tatbestände und Entwicklungen aufweisen, die für die fachgerechte Begutachtung des Einzelfalles und eine

gerechte juristische Entscheidungsfindung wichtig sind.

Die vorgelegte Arbeit will einerseits den unverzichtbaren Beitrag der medizinischen Begutachtung bei der juristischen Entscheidungsfindung herausarbeiten, andererseits aber auch die Grenzbereiche ihrer Bedeutung erfassen, soll doch nach B l a h a (2) "die Sozialmedizin und die sozialpolitische Judikatur nicht zu sehr auf die Ärzte bauen: Es sei denn, Ärzte würden als Instrument betrachtet, was aber nicht den Bedürfnissen der Heilkunde, sondern den nachrangigen Bedürfnissen der sozialpolitischen Entscheidungen dienen würde."

VIII. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AU	Arbeitsunfähigkeit
ArbGG	Arbeitsgerichtsgesetz
BeKV	Berufskrankheitenverordnung
BG	Berufsgenossenschaft
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BSG	Bundessozialgericht
BSGE	Entscheidung des Bundessozialgerichts
BU	Berufsunfähigkeit
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
EU	Erwerbsunfähigkeit
GG	Grundgesetz
GVG	Gerichtsverfassungsgesetz
KV	Krankenversicherung
LG	Landgericht
LSG	Landessozialgericht
MdE	Minderung der Erwerbsfähigkeit
RV	Rentenversicherung
RVO	Reichsversicherungsordnung
SG	Sozialgericht
SGB	Sozialgesetzbuch
SGG	Sozialgerichtsgesetz
StGB	Strafgesetzbuch
UV	Unfallversicherung
ZPO	Zivilprozeßordnung

IX. LITERATURVERZEICHNIS

1. Blaha, H.
Die Lungentuberkulose im Röntgenbild
Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York (1976)
2. Blaha, H.
Wiedereingliederung und Rehabilitation
Vortrag bei der 14. Tagung der österreichischen Gesellschaft für Lungenerkrankungen und Tuberkulose (1977)
3. Blaha, H.
Die Farmerlunge, ein Beitrag zum Problem "Diagnose"
Vortrag; 25. Arbeits- und Fortbildungstagung im
ZKH Gauting am 26.11.1977
4. Bleuler, E.
Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin
und seine Überwindung
5. Auflage, Springer Verlag Berlin (1975)
5. Bley, H.
Sozialrecht
Metzner Verlag Frankfurt (1975)
6. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung
Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit
im Versorgungswesen
Ausgabe 1973
7. Clauberg, C.
Zur Begutachtung der Lungenkrankheiten
Prax. Pneumol. 31 (1977) 177-181

8. Clauberg, C.
Praktische Hinweise zur Begutachtung der Tuberkulose
Med Sach (1978) Nr. 6, 114-117
9. Curtius, F.
Vom medizinischen Denken und Meinen
Enke Verlag Stuttgart (1968)
10. Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose
Gesichtspunkte zur Nomenklatur bei der Begutachtung
der Tuberkulose; Neufassung 1966
11. Engisch, K.
Einführung in das juristische Denken
Kohlhammer Verlag Stuttgart, 3. Aufl. 1956
12. Ennecerus-Nipperdey
Allgemeiner Teil des BGB (Kommentar)
Erster Halbband
Mohr Verlag Tübingen (1952)
13. Günther, E.; Hymmen, R.
Unfallbegutachtung
Walter de Gruyter Verlag Berlin (1968)
14. Hegglin-Siegenthaler
Differentialdiagnose innerer Krankheiten
14. Auflage Thieme Verlag Stuttgart (1980)
15. Hennies, G.
Unterschiede zwischen juristischem und medizinischem
Denken und die Stellung des Sachverständigen in der
Sozialgerichtsbarkeit
Med Sach (1968) Nr. 10, S. 213-220

16. Krasney, O.E.
Behandlungs- und Befundberichte sowie Gutachten in der
Sozialgerichtsbarkeit
Med Sach 76 (1980) Nr. 3, S. 51-53
17. Lauterbach
Unfallversicherungsrecht
Kommentar
3. Auflage Kohlhammer Verlag Köln (1979)
18. Leyendecker, W.
Sozialgesetzgebung und Begutachtung: Ein Beitrag zur
Terminologie in der Sozialversicherung
Med Sach 75 (1979) Nr. 4, S. 69-70
19. Marx, H.H.
Medizinische Begutachtung
3. Auflage Thieme Verlag Stuttgart (1977)
20. Meyer-Ladewig
Kommentar zum Sozialgerichtsgesetz
C.H. Beck Verlag München (1977)
21. Natho
Die Stellung des Gutachters in der Sozialgerichtsbarkeit
Med Sach (1967) S. 1
22. Peltz, K.
Das ärztliche Gutachten im Sozialgerichtsprozeß
Soziale Sicherung 1 (1955) S. 13-15
23. Peter-Sautter-Wolff
Kommentar zur Sozialgerichtsbarkeit
Kohlhammer Verlag Stuttgart (1962) 3. Auflage

24. Raiser, T.
Einführung in die Rechtssoziologie
2. Auflage Schweitzer Verlag Berlin (1973)
25. Rauschelbach, H.H.
Ärztliche Begutachtung im Spannungsfeld zwischen Medizin, Recht und Auftraggeber
Med Sach 75 (1979) Nr. 2, S. 22-25
26. Rauschelbach, H.H.
Zur Bildung der Gesamt-MdE
Med Sach 76 (1980) Nr. 5, S. 90-92
27. Ritter-Röhr, D.
Medizin - Soziologie
Schattauer Verlag Stuttgart (1976)
28. Schaefer, H.
Übereinstimmung der Gutachter in der Unfallbegutachtung
ASP 10 (1978) S. 229-231
29. Schaefer, H.
Ablauf und Effizienz sozialgerichtlicher Verfahren in der Unfallversicherung
ASP 11 (1978) S. 255-258
30. Schaefer, H.; Blohmke, M.
Sozialmedizin
2. Auflage Thieme Verlag Stuttgart (1978)
31. Schimanski, W.
Beurteilung medizinischer Gutachten
Walter de Gruyter Verlag Berlin (1976)

32. Schimanski, W.
Das Gutachten in der Sozialgerichtsbarkeit
Die Sozialversicherung 1 (1980) S. 6-11
33. Schneider, E.
Logik für Juristen
Franz Vahlen Verlag Berlin (1965)
34. Schwankhart, F.
Der Sachverständigenbeweis im Sozialgerichtsverfahren
Die Sozialversicherung 10 (1978) S. 253-255
35. Schwerd, W.
Rechtsmedizin
2. Auflage Deutscher Ärzte Verlag Köln (1976)
36. Seidel, H.
Neuere Gesichtspunkte für die Begutachtung der Lungentuberkulose
Prax Pneumol 31 (1977) S. 140-143
37. Thomas-Putzo
Zivilprozeßordnung
Kommentar
C.H. Beck Verlag München (1975)
38. Thürauf, J.
Die Begutachtung allergisch bedingter Berufskrankheiten
ASP 8 (1980) S. 189-194
39. Ulmer, W.T.
Die Begutachtung der Silikose
Prax Pneumol 31 (1977) S. 144-152

40. Wagner R.; Zerlett, G.

Berufskrankheiten der "Berufskrankheiten-Verordnung
(BeKV)"

Kommentar

6. Auflage Kohlhammer Verlag Köln (1979)

41. Wilde, K.

Ärztliches Gutachten und richterliche Entscheidung im
Licht der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts

Med Sach 75 (1979) Nr. 2, S. 26-33

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. H. Blaha, Zentralkrankenhaus Gauting der LVA Oberbayern, für die Überlassung des Themas und seine stets freundliche Bereitschaft, mir die Einarbeitung in das Fachgebiet der Sozialmedizin zu ermöglichen.

LEBENS LAUF

Martin S t ü b n e r

geb. 06.02.1949 in Gräfelfing

Vater: Erhart Stübner

Mutter: Leonore Stübner, geb. Wilczek

1955	Volksschule Gräfelfing
1959	Neusprachliches Kurt-Huber-Gymnasium Gräfelfing
1968	Reifeprüfung
1968	Studium der Rechte an der LMU München
1973	Erstes Juristisches Staatsexamen
1973-1975	Rechtsreferendar am LG München I und bei der Regierung von Oberbayern
1975/1976	Zweites Juristisches Staatsexamen Termin 1975 II (schriftl. Teil / mündl. Teil)
1976	Ernennung zum Assessor
1976	Studium der Humanmedizin an der LMU München
1978	Ärztliche Vorprüfung
1979	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1981	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1982	Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

